Vol. 236. Gennajo 1876

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA

PARTE RIVISTA

DI

MEDICINA, CHIRURGIA E TERAPEUTICA

GIÀ COMPILATA DAL DOTT. CAV. G. B. SORESINA

ORA DIRETTA DAL

Dott. MALACHIA DE-CRISTOFORIS

CONSIGLIO DI DIREZIONE

Prof. De Giovanni } Clinica Medica
Prof. Rovida }
Prof. A. Corradi = Medicina Pubblica
Prof. Scarenzio } Chirurgia
Dott. Turati }
Prof. Porro = Ostetricia

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI

1876.

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

dei dottori L. CARPANI, prof. A. DE-GIOVANNI, A. MASSA e F. PIROVANO.

(Da pag. 3 a pag. 61).

Stoccada — *Della dilatazione dello stomaco.*

De-Stefani — *Storia ragionata di convulsioni toniche e cloniche dei muscoli della faccia, degli arti superiori ed inferiori con qualche apparenza di eclampsia in un bambino di 30 giorni curato con felice esito.*

Murillo — *Contribuzione allo studio dell'epatite suppurativa del Chile.*

Riva — *Contribuzione allo studio delle malattie lenti del polmone.*

Pace — *Studj sulla clorosi.*

Hoffmann — *Contribuzione alla terapia della nefrite parenchimatosa genuina.*

Frank — *Le alterazioni del polso nella colica saturnina.*

Brunniche — *Il tipo inverso della temperatura del corpo quale sintoma importante per la diagnosi della tubercolosi miliare.*

Hartwig — *Sopra un caso di paralisi spinale intermittente.*

Galvagni — *Sull'ascoltazione della cavità orale ovvero sopra il rantolo della cavità orale.*

Harnack — *Sulla patogenesi e terapia del diabete mellito.*

Kussmaul — *Contribuzione alla dottrina del diabete mellito: sopra una maniera particolare di morte nei diabetici; sopra l'acetonemia; la cura del diabete mediante la glicerina e le injezioni di diastasi nel sangue di questa malattia.*

Seegen — *Il diabete mellito in base a numerose osservazioni.*

Williams — *Rapporti della temperatura colla tubercolosi.*

Schmid — *La cura del tifo addominale col bagno freddo.*

Uffelmann — *Le alterazioni del processo digestivo nella dissenteria.*

Stich — *Un caso di guarigione di ferita del cuore.*

Bernhardt — *Decorso singolare di una paralisi periferica del nervo facciale.*

Scheby-Buch — *Affezioni articolari nelle malattie emorragiche e alcuni rari modi di presentarsi delle medesime.*

Taylor — *Cura della scarlattina e di altre malattie d'infezione coll'impacco umido.*

Tlint — *La nutrizione nelle malettie.*

Simon — *Contribuzione alla diagnosi e cura della tetania.*

Jackson — *Sulla perdita dell'olfato e del gusto.*

Jolly — *Della volontà come agente terapeutico.*

Lancereaux — *Delle divisioni delle malattie di Brigth.*

Perez — *Della profilassi applicabile agli emigranti contro la febbre gialla.*

Metzquer — *Sulla non inoculabilità della tisi.*

Leven — *Dei movimenti e della funzione dello stomaco.*

Legroux — *Nota sopra un caso di morte improvvisa per sincope avvenuta tre quarti d'ora dopo la toracentesi, fatta con un apparecchio aspiratore, per una pleurite d'origine traumatica.*

Rémy — *Aneurisma dell'aorta; obliterazione della suclavia sinistra, insufficenza aortica, arterite di tutta l'aorta toracica.*

Charcot — *Vertigine delle miniere guarita col solfato di chinino.*

Boucaud — *Ascite antica curata e guarita coll'injezione jodata; peritonite consecutiva trattata col ghiaccio.*

Libermann — *Morte improvvisa dopo la toracentesi, prodotta da emorragia dell'arteria gastro-epiploica destra con ulcera perforante del duodeno rimasta latente durante la vita.*

Rochet — *L'isteria nell'uomo.*

Johnson — *Trattamento della diarrea della febbre tifoide.*

Dowse — *Trattamento del reumatismo acuto.*

Mursick — *Di un caso di leucemia, e dell'analisi di altri 16 casi per rapporto all'anatomia patologica.*

Witt — *Albuminuria come sintomo del parossismo epilettico.*

Mitchell — *Artropatie spinali.*

Inman — *Sulle febbri da malaria.*

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA

PARTE RIVISTA

DI

MEDICINA, CHIRURGIA E TERAPEUTICA

GIÀ COMPILATA DAL DOTT. CAV. G. B. SORESINA

ORA DIRETTA DAL

Dott. MALACHIA DE-CRISTOFORIS

CONSIGLIO DI DIREZIONE

Prof. De Giovanni } Clinica
Prof. Rovida } Medica
Prof. A. Corradi = Medicina Pubblica
Prof. Scarenzio } Chirurgia
Dott. Turati } Chirurgia
Prof. Porro = Ostetricia

VOLUME 236

Gennajo, Febbrajo, Marzo, Aprile, Maggio e Giugno 1876.

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI

1876.

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll.	
No.	

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

dei dottori L. CARPANI, prof. A. DE-GIOVANNI, A. MASSA e F. PIROVANO.

Stoccada — *Della dilatazione dello stomaco.*

De-Stefani — *Storia ragionata di convulsioni toniche e cloniche dei muscoli della faccia, degli arti superiori ed inferiori con qualche apparenza di eclampsia in un bambino di 30 giorni curato con felice esito.*

Murillo — *Contribuzione allo studio dell'epatite suppurativa del Chile.*

Riva — *Contribuzione allo studio delle malattie lenti del polmone.*

Pace — *Studj sulla clorosi.*

Hoffmann — *Contribuzione alla terapia della nefrite parenchimatosa genuina.*

Frank — *Le alterazioni del polso nella colica saturnina.*

Brunniche — *Il tipo inverso della temperatura del corpo quale sintoma importante per la diagnosi della tubercolosi miliare.*

Hartwig — *Sopra un caso di paralisi spinale intermittente.*

Galvagni — *Sull'ascoltazione della cavità orale ovvero sopra il rantolo della cavità orale.*

Harnack — *Sulla patogenesi e terapia del diabete mellito.*

Kussmaul — *Contribuzione alla dottrina del diabete mellito: sopra una maniera particolare di morte nei diabetici; sopra l'acetonemia; la cura del diabete mediante la glicerina e le injezioni di diastasi nel sangue di questa malattia.*

Seegen — *Il diabete mellito in base a numerose osservazioni.*

Williams — *Rapporti della temperatura colla tubercolosi.*

Schmid — *La cura del tifo addominale col bagno freddo.*

Uffelmann — *Le alterazioni del processo digestivo nella dissenteria.*

Stich — *Un caso di guarigione di ferita del cuore.*

Bernhardt — *Decorso singolare di una paralisi periferica del nervo facciale.*

Scheby-Buch — *Affezioni articolari nelle malattie emorragiche e alcuni rari modi di presentarsi delle medesime.*

Taylor — *Cura della scarlattina e di altre malattie d'infezione coll'impacco umido.*

Tlint — *La nutrizione nelle malettie.*

Simon — *Contribuzione alla diagnosi e cura della tetania.*

Jackson — *Sulla perdita dell'olfato e del gusto.*

Jolly — *Della volontà come agente terapeutico.*

Lancereaux — *Delle divisioni delle malattie di Brigth.*
Perez — *Della profilassi applicabile agli emigranti contro la febbre gialla.*
Metzquer — *Sulla non inoculabilità della tisi.*
Leven — *Dei movimenti e della funzione dello stomaco.*
Legroux — *Nota sopra un caso di morte improvvisa per sincope avvenuta tre quarti d'ora dopo la toracentesi, fatta con un apparecchio aspiratore, per una pleurite d'origine traumatica.*
Rémy — *Aneurisma dell'aorta; obliterazione della suclavia sinistra, insufficenza aortica, arterite di tutta l'aorta toracica.*
Charcot — *Vertigine delle miniere guarita col solfato di chinino.*
Boucaud — *Ascite antica curata e guarita coll' injezione jodata; peritonite consecutiva trattata col ghiaccio.*
Libermann — *Morte improvvisa dopo la toracentesi, prodotta da emorragia dell'arteria gastro-epiploica destra con ulcera perforante del duodeno rimasta latente durante la vita.*
Rochet — *L'isteria nell'uomo.*
Johnson — *Trattamento della diarrea della febbre tifoide.*
Dowse — *Trattamento del reumatismo acuto.*
Mursick — *Di un caso di leucemia, e dell'analisi di altri 16 casi per rapporto all'anatomia patologica.*
Witt — *Albuminuria come sintomo del parossismo epilettico.*
Mitchell — *Artropatie spinali.*
Inman — *Sulle febbri da malaria.*
Magnaughton — *Della febbre tifoide e dell'amministrazione dell'alcool e digitale in questa malattia.*
Bernheim — *Azione della digitale nel decorso della febbre tifoide.*
Wilks — *Della gotta saturnina.*
Cumming — *Croup e difterite.*
Andral — *Diabete.*
Pye-Smith — *Sulla malattia di Addison.*
Hayden — *Della scarlattina.*
Sympson — *Caso di scarlattina della glottide — Tracheotomia.*
Moore — *Paracentesi pericardica. Iniezioni jodiche.*
Farquharson — *Di un caso di azione rapidissima del cuore.*
Hewlett — *Caso di idrofobia.*
Janeway — *Tremito vocale nella pleurite e nella polmonia ed uso della siringa ipodermica pel loro diagnostico.*
Pollock — *Dell'anemia.*
Fox — *Sulla cura della leucemia splenica mediante il fosforo.*

Della dilatazione dello stomaco; monografia del dottore Francesco Stoccada. (*Giornale veneto di scienze mediche*, Tomo 23. Sez. 3.ª)

I primi studj diligenti ed esatti su tale malattia sono dovuti a Duplej in un suo lavoro: De l'ampliation morbide de l' estomac. Successi-

vamente tale argomento venne trattato da Pleebee, Rilliet, Brjntow, Kussmaul, Pinali e così via.

L'autore nel suo lavoro tratta unicamente della dilatazione sintomatica dello stomaco, non occupandosi della forma idiopatica, che del resto è un'affezione molto rara. Trattando dell'eziologia di tale malattia divide le cause della dilatazione in due serie, cioè: Ostacoli materiali al piloro, per cui è impedito il vuotamento dell' organo, ed alterazioni delle pareti, che non ponno più effettuare l' espulsione del contenuto. Alla prima serie di cause spettano il cancro pilorico, gli stringimenti da cicatrici per ulceri preesistenti, quelli da catarro cronico in vicinanza al piloro. Alla seconda serie spettano il cancro delle pareti ventricolari, che fa tumore; l'infiltrazione cancerosa, in cui la compressione determinata dalla massa cancerosa sulle fibre muscolari le rende a poco a poco irregolari nella loro direzione e poi determina su di esse la ischemia; allora le fibre mal nutrite per diminuito afflusso di sangue arterioso si contraggono imperfettamente, diventano incapaci ad attivare un vero moto di propulsione; gli alimenti allora si accumulano dietro la regione ove sussiste questo moto peristaltico insufficiente e sorviene la dilatazione.

Eguali effetti produrrebbe la cirrosi gastrica, l' ulcera circolare, il catarro cronico dello stomaco prodotto dall' abuso di sostanze alcooliche, da cibi malsani e così via, in cui è alterata ed affievolita la secrezione del succo gastrico, ed in cui le fibre muscolari infiltrate di siero pel catarro dalla mucosa più difficilmente si contraggono, motivo per cui lo stomaco giammai si libera dal suo contenuto. Altra causa di dilatazione dello stomaco sarebbe l' ipertrofia di tutto l'organo da esagerato lavoro; vi spetterebbero alcuni casi osservati da Jaccoud nei diabetici, in cui la dilatazione dello stomaco è caratterizzata da ipertrofia delle tuniche con injezione della mucosa e sviluppo eccessivo delle ghiandole per effetto della bulimia e dell' attività esagerata delle loro funzioni digerenti.

Fra le cause di dilatazione dello stomaco si deve porre anche le aderenze agli organi circonvicini. Un caso di tal natura venne osservato dal professore Cantani; finalmente la paralisi della tunica muscolare.

Trattando dell'anatomia patologica di tal forma morbosa, l' autore accenna alle lesioni delle ghiandole ventricolari scoperte dagli Inglesi Wilson Fox, Handfield Jones e Samuele Fenwich che ponno venire riscontrate in alcuni casi di dilatazione. Il primo di tali autori le riassume in questi punti: proliferazione del tessuto connettivo fra le ghiandole e nel tessuto sottomucoso con degenerazione grassa accidentale di quest'ultimo, atrofia della membrana propria delle ghiandole, degenerazione adiposa od atrofia con caduta del loro rivestimento epiteliale; depositi pigmentarj nei loro tessuti, degenerazione cistica delle ghiandole.

Nel capitolo dei sintomi accenna al dolore, che ha nulla di caratteristico, al vomito abbondante e periodico, che diventa patognomonico per la dilatazione, quando avviene a lunghi intervalli. Nelle materie rejette è frequente il trovare microfiti. Si ponno avere il fermentum butjricum, lacticum, il micoderma aceti; o se la fermentazione è putrida le vibrio lineola, la subtilis etc. Per altro i più frequenti e caratteristici sono la sarcina ventriculi e la torula cerevisiæ.

Altro sintomo importante è l'ostinata stitichezza. I sintomi però più importanti, che fanno certa la diagnosi di dilatazione dello stomaco, sono gli obbiettivi forniti dall'ispezione, palpazione, percussione ed ascoltazione e che sono troppo noti perchè s'abbiano a riportare.

L'autore dopo aver trattato brevemente della diagnosi e della prognosi, passa a parlare delle cura. Distingue i casi di dilatazione dello stomaco in leggieri, gravi e più gravi. Nei casi leggieri la terapia sta nel ridurre o modificare la dieta. Sotto tale rapporto la dieta lattea avrebbe prestato segnalati servigi. A favorire poi la digestione giovano molto la pepsina, la maltina, gli amari, gli eccitanti tonici, gli alcalini a piccole dosi.

Nei casi gravi l'indicazione è puramene sintomatica e si riduce a sedare la fermentazione, porvi ostacolo, renderla insomma impossibile. Fra i rimedj atti ad arrestare o sopprimere i processi di fermentazione l'autore accenna i solfiti, che avrebbero un'azione unicamente catalitica, non subendo nello stomaco alcuna decomposizione, come vorrebbero invece taluni. Furono esperimentati anche come farmachi d'azione antifermentativa il creosoto e l'acido fenico. Ma secondo l'autore, il creosoto in tutti i casi, in cui venne esperimentato, valse unicamente ad arrestare il vomito, restando inalterati tutti gli altri disturbi gastrici; quanto all'acido fenico non è mai abbastanza raccomandata la circospezione nell' amministrazione di un farmaco, che talvolta riesce intollerabile e nocivo all'organismo, giacchè una parte agisce sullo stomaco; ma il più viene tosto assorbito e portato in circolo.

Nei casi più gravi di dilatazione dello stomaco l'unico mezzo si è quello scoperto pel primo dal dottor Kussmaul e tentato quindi con brillanti risultati da Jurgensen, Niemeyer, Batess ed Oppolzer; cioè l'estrazione del contenuto dello stomaco mediante una pompa, e quindi lo injettamento di liquido medicamentoso. L' autore riferisce un risultato felice ottenuto nella Clinica di Padova mediante tal mezzo. Avanti però di ricorrere a tal mezzo credè opportuno far precedere la somministrazione di bromuro di potassio, cominciando dalla dose di 2 grammi fino a 4, onde attutire la sensibilità della mucosa faringea ed esofagea.

Storia ragionata di convulsioni toniche e cloniche dei muscoli della faccia, degli arti superiori ed inferiori con qualche apparenza di eclampsia in un bambino di 30 giorni curato con felice esito; pel dottor Giorgio De-Stefani. (Giornale lo *Sperimentale*. Fascicolo di dicembre).

È una breve storia di convulsioni cloniche e toniche simulanti la eclampsia in un bambino di 30 giorni, la cui causa predisponente, secondo l' autore, sarebbe stato il repentino mutamento da un ambiente caldissimo in altro freddo, e le cause determinanti od occasionali sarebbero state una puntura praticata allo scroto per idrocele, ed il taglio del frenulo della lingua.

Quello che avvi di rimarchevole in questo caso si è l' enorme dose dei medicamenti adoperati, avuto riguardo all'età del paziente. Ed infatti si amministrò il bromuro di potassio alla dose di 5 grammi sciolto nell'acqua con due grammi di estratto di valeriana, da darsene un cucchiajo da caffè ogni ora; si ordinarono frizioni alla nuca e lungo l'asse spinale di una miscela composta di un grammo di belladonna sciolto in sufficiente quantità di acqua, coll'aggiunta di due grammi di cloroformio e 20 grammi di olio di giusquiamo cotto; si prescrisse pure un cucchiaino da caffè ogni ora d'una soluzione di 60 centigrammi di idrato di cloralio in 20 grammi d'acqua di cedro, e finalmente, non cessando gli attacchi convulsivi, si propinò la seguente mistura: bromuro di potassio gram. due, estratto di valeriana gram. uno; sciogli in acqua di camomilla gr. 25. Aggiungi estratto alcoolico di noce vomica *centigrammi sette*, un cucchiajo da caffè ogni due ore.

Contribuzione allo studio dell' epatite suppurativa del Chile (*Chilj*); del dottor A. Murillo. *Rivista Clinica di Bologna*; Fascicolo di ottobre e novembre 1875.

L' autore comincia a dimostrare la grande frequenza delle malattie di fegato in Chile, ed infatti nella sala di Clinica dello Spedale di San Giovanni di Dio in Chile, dal 22 marzo al 22 settembre 1870 entrarono quarantotto ammalati di epatite, ossia l'undici per cento degli ammessi; e dal 1 marzo al 1 dicembre 1872 si contarono in queste stesse sale settantadue affetti dalla medesima malattia.

Un' altra prova della frequenza degli ascessi del fegato si è che sopra quaranta cadaveri, che servirono per dimostrazione anatomica durante sette mesi dell'anno 1861, otto presentarono ascessi del fegato.

Accennando le cause che maggiormente contribuiscono alla formazione dell'epatite suppurativa nota, oltre le contusioni e le cadute, la pioemia, in cui è frequentissima la formazione di ascessi metastatici al fegato, la natura particolare del clima, notandosi più frequenti gli ascessi al fegato in quei paesi, in cui s' hanno frequenti e repentine variazioni di temperatura ed in cui havvi sproporzione notevole fra il calore del giorno e quello della notte. Le ulcerazioni del canale intestinale, giacchè le osservazioni di Cheine, Anneslej, Budd, Cambaj ed al-

tri hanno dimostrato in modo evidente la coincidenza dell'epatite suppurativa colla dissenteria. L' autore ritiene che la tesi sostenuta da Anneslej, che cioè la infiammazione epatica sia anteriore alla dissenteria, sia erronea e che invece gli ascessi del fegato sieno sempre consecutivi all'affezione intestinale, quantunque per lungo tempo possano passare inosservati. Quanto alla patogenesi di tali ascessi l'autore adotta l'opinione di Niemeyer, che il processo cioè sia embolico e che la sua formazione si debba al trovarsi circondati dalla mucosa infiammata i piccoli capillari, che si distribuiscono per l'intestino, il che basta a determinare la formazione di piccoli coaguli, che portati nel parenchima del viscere diventano il punto di partenza agli ascessi consecutivi. Altra causa di epatite suppurativa sarebbe l' infiammazione dei condotti vascolo-biliari specialmente per calcoli. Finalmente come cause occasionali accenna l' esposizione al freddo , gli eccessi degli alcoolici e delle bevande fermentate.

L'autore dedica poi un'articolo speciale sulla terminazione degli ascessi del fegato, e non esclude la possibilità, che ascessi del fegato possano terminare per riassorbimento del pus. Trattando quindi dei casi, che ebbe l'opportunità d'osservare, accenna ad un caso di ascesso epatico terminato per risoluzione, in cui dopo essersi sviluppato nn ascesso al fegato le orine presentarono un colore bianco-opaco, depositando nel fondo del vaso un sedimento simile ad acqua di crusca ; e d'allora in poi diminuì successivamente il volume del fegato, cessarono gli altri disturbi e ne susseguì la guarigione completa.

Riferisce due casi di ascessi del fegato, che s'aprirono all'esterno e che terminarono colla guarigione. Nota un caso di ascesso epatico, che s'aprì nel peritoneo ; due aperti nel pericardio, in cui la morte avvenne istantaneamente e nulla fece sospettare, che l'ascesso avesse preso tal via. In un altro caso osservato dal dott. Aguirre si sarebbero osservate alterazioni nei movimenti e nei toni del cuore da far credere all' esistenza di una ipertrofia di cuore complicata a congestione passiva del fegato. Nota nn caso d' ascesso epatico apertosi nella pleura. In tali casi la diagnosi è sempre dubbia, potendosi, la malattia confondere coll'idro-torace, coll'idro-pneumo-torace dipendente da tubercoli polmonari, o con ascessi del polmone, che si sieno diramati nella cavità pleurica. In questi casi il pronostico è sempre gravissimo e l' autore dice di non conoscere fino ad ora che un sol caso autentico di guarigione.

Osservò pure l'autore due casi di ascessi epatici apertisi nei polmoni. Ne dà la sintomatologia ed i caratteri rilevati mediante l' esame fisico. Nota i caretteri proprj dello sputo, che sarebbero patognomonici. Ordinariamente lo sputo è denso di color rosso cioccolata unito a strappi purulenti leggermente bruni ; il tutto ha l' aspetto di soluzione chiara di cioccolata nell'acqua e non è tanto viscoso come nella pneumonite. Ogni sputo è distinto dal vicino, a cui è unito, da mucosità viscose ed alla superficie di questa espettorazione vi sono molte volte

sputi mucosi bianco-giallastri simili a quelli della bronchite. Spesso contengono grumi di tessuto disorganizzato, che assomigliano a quelli, che si trovano negli ascessi del fegato od a piccoli frammenti di tessuto polmonale epatizzato.

Narra da ultimo due casi di ascesso del fegato apertisi nel canale intestinale, ed uno apertosi nella vena porta, in cui all' autopsia si trovò l'esistenza di un piccolo ascesso del lobulo di Spigelio, a cui aderiva una parte del duodeno, producendosi per tal modo un' ematemesi sotto cui soccombette il paziente.

Contribuzione allo studio delle malattie lenti del polmone; pel dottor Alberto Riva. *Rivista Clinica di Bologna.* Fascicolo di settembre 1875.

Scopo dell' autore è di dimostrare come nei quadri nosologici delle varie forme morbose debba prendere posto anche la scrofolosi polmonale. L' autore dopo aver fatto un breve riassunto di tutte le varie dottrine, che dominarono e dominano tuttora nel campo medico rapporto alla questione della tisi polmonale, ammette, che vi ha una forma di tisi, che non può essere compresa nel quadro di quelle oggi comunemente ammesse (tisi da tubercolosi, o da pneumoniti lobari o catarrali), tisi che a buon diritto deve essere chiamata scrofolosi polmonale. Ne riferisce una storia clinica e quindi tratteggia con poche parole le linee principali di tale malattia. Essa attacca giovani, che presentarono altre manifestazioni scrofolose, in cui il dimagramento od altri segni di generale decadimento organico sono consecutivi alla manifestazione polmonare. La tosse è secca o ben di rado accompagnata da scarso escreato salivale. Essa ordinariamente compare molto tempo prima dello sviluppo della febbre e suole continuare lungamente anche dopo. La febbre è di varia intensità; molto alta nelle ore vespertine, rimette considerevolmente il mattino, discendendo persino talvolta la temperatura al disotto del normale. Il decorso di tale affezione è vario; ordinariamente lento, talvolta più rapido. Il più spesso mancano le pneumorragie. — Obbiettivamente riscontrasi che il processo colpisce in generale i due polmoni; ed il lato del torace ove esiste od è prevalentemente sviluppato non è sempre depresso; anzi talvolta le fosse sopra e sottoclavicolari sono meno profonde, segno importantissimo e che mostra l' interstizialità della sede; giacchè ove non fossero che intasate le cellule polmonari, come nella pneumonite, il polmone non potrebbe avere un volume maggiore di quello che ha nella massima inspirazione. L'ottusità è notevole e presto s'estende; considerevole è la resistenza alla percussione. All'ascoltazione s'ode frequentissimo il soffio bronchiale con caratteri analoghi a quelli della pneumonite franca; dapprincipio i rantoli sono pochi; in seguito diventano più numerosi a bolle medie e grosse e straordinariamente sonori.

Studj sulla clorosi; per BERNARDO-SALEMI-PACE. *Gazzetta Clinica di Palermo*, fascicolo 3-8, 1875.

Di questa monografia sulla clorosi ne daremo un riassunto, accennandone i punti più salienti. Dopo averne data la definizione, l'Autore passa allo studio dell'anatomia patologica di tale affezione; studia le alterazioni qualitativa e quantitativa dei globuli del sangue, che costituiscono la precipua e visibile lesione anatomica della clorosi. Accenna fra le alterazioni quantitative la diminuzione dei globuli rossi, la cui cifra da 127 su 1000 (secondo l'analisi chimica del sangue normale fatta da Dumas) si abbassa nella clorosi a 100, a 60, a 50, a 38, in media circa 63. Nota pure la diminuzione nel sangue delle clorotiche del ferro, che costituisce un elemento essenziale delle ematie. Questo metallo secondo le ricerche di Becquerel è rappresentato dalla cifra di 0,55 in 100 di sangue, e nel sangue delle clorotiche in media trovasi ridotto a 0,31.

L'Autore poi, valendosi dell'osservazione spettroscopica, avrebbe trovato, che la potenza colorante dell'emoglobina d'una donna sana in rapporto ad una clorotica stava come 8 : 6,5, ed in un'altra clorotica in miglior condizioni della prima si ebbe la cifra come 8 : 7.

Trattando quindi la sintomatologia di tale affezione studia, i perturbamenti dei varj apparati, che si ponno riscontrare in tale forma. Fra i disturbi dell'apparato respiratorio nota la dispnea, che dipende non solo direttamente dalla scarsezza globulare, che obbliga i polmoni a raddoppiare il lavoro per la maggiore introduzione dell'ossigeno, ma ben ancora dalle conseguenze che la deficienza stessa dell'ossigeno induce sull'apparecchio nerveo muscolare incaricato delle funzioni respiratorie. Accenna la frequenza nelle clorotiche della tosse, della debolezza di voce, ecc.

Fra i disturbi cardiaco-vascolari, nota le frequenti palpitazioni di cuore, i soffi cardiaco-vascolari e la sincope od arresto del cuore.

L'Autore ammette come non sia troppo raro il riscontrare nelle clorotiche la nevralgia del cuore ammessa e negata a vicenda dai patologi.

Accenna i rumori che all'ascoltazione si sentono tanto sulla regione cardiaca che sul tragitto dei grossi vasi. Ricordando le varie ipotesi emesse da Laennec, da Peter, da Corrigan, Kiwisch, Weber e così via per spiegare la patogenesi dei rumori, che si sentono nei grossi vasi del collo, l'Autore è di parere che se si vuol prendere il giusto punto di vista in tale questione, pare che nella patogenesi dei rumori vascolari conviene porre ad esame la natura dei liquidi, il movimento dei liquidi stessi con le loro forze impulsive, e la natura e condizioni dei tubi entro cui i liquidi stessi si muovono, e che quindi è nella combinazione dei diversi rapporti, che si stabiliscono tra il fluido in circolazione e le pareti, che limitano il loro corso, insieme alle influenze nervose da cui quest'ultime ponno venire animate, che bisogna cercare l'origine di tali fenomeni. Questo fatto è quindi complesso, donde ne viene l'impossibi-

lità di poter formulare una sola teoria, che sia capace di spiegare tutti i fatti possibili dei rumori vascolari. L'Autore poi nota come tali soffi vascolari, se non ponno considerarsi come un segno patognomonico della clorosi hanno però di certo una grande importanza.

L'Autore modifica alquanto l'opinione emessa recisamente dal Jaccoud che nella clorosi non v'ha mai febbre salvo casi di complicazioni accidentali, giacchè anzitutto nelle clorotiche vi può essere stato febbrile anche fra le cifre di 36° e 38°, cifre che ordinariamente rappresentano la temperatura normale, e perchè alcuni fatti clinici depongono in contrario all'asserzione di Jaccoud.

Accenna da ultimo sotto il rapporto sintomatologico i disturbi dell'apparato gastro-intestinale, genito-urinario e quelli della sensibilità, ed intelligenza. Nota quindi i disordini dipendenti da alterata innervazione degli organi digestivi, lo spasmo convulsivo della faringe e dell'esofago, gli spasmi, i dolori ed i pervertimenti sensitivi allo stomaco, i fenomeni simpatici destati dai nervi dello stomaco. Nota l'amenorrea, la leucorrea, la dismenorrea, la menoraggia e la sterilità tanto comuni nelle clorotiche; la frequenza delle nevralgie, le alterazioni della sensibilità tattile e dolorifica, il consociarsi della clorosi all'isterismo, i pervertimenti dell'intelligenza, i casi di paralisi e di amaurosi clorotica.

Importante è il capitolo sull'eziologia e patogenesi di tale malattia. Non potendo per amore di brevità esporre tutte le considerazioni che fa l'Autore su tale argomento, accenneremo solo alla conclusione: fondandosi sopra osservazioni cliniche, sull' opinione di antichi e moderni patologi che avevano additato la natura nevropatica della clorosi, l'Autore considera e definisce la clorosi una nevrosi degli organi ematogeni.

Sotto il rapporto della diagnosi l' Autore spende molte parole per differenziare l'anemia della clorosi, stati morbosi che da taluni vengono confusi ed identificati; riferisce i varj criterj con cui differenziare questi due stati morbosi, che se tengono fra loro alcuni punti di contatto, pure in moltissimi altri se ne discostano recisamente. È però costretto a confessare che nella pratica si trovano casi, in cui la natura confonde talmente questi due stati morbosi per cui si riesce imbarazzati a distinguerli. In tali casi sarebbe giustificata la denominazione di cloroanemia.

Sotto il rapporto della cura l' Autore si pone le seguenti questioni, che non facciamo che accennare riferendosi ad argomenti già noti:

1.° Come agisce il ferro nella clorosi.

2.° Efficacia dei tonici analettici e nevrostenici non che dei mezzi igienici ed in quale misura contribuiscono alla guarigione della clorosi.

3.° Quali preparazioni conviene scegliere, come si devono amministrare e controindicazioni.

4.° Speciale trattamento degli accidenti che accompagnano la clorosi.

CARPANI.

Beiträge Zur Therapie der genuinen parenchymatösen Nephritis; di Samuele Hoffmann. (*Contribuzione alla terapia della nefrite parenchimatosa genuina.* — Dalla Clinica medica del prof. Zimmermann di Basilea. *Deuts. Arch. f. d. klinis. Medic. 14. B. 3.ª e 4.ª dispensa*).

Incomincia l'Autore col fare un cenno sulle patogenesi dell' albuminuria e ne indica i 3 principali mommenti nell' accresciuta pressione delle arterie, nell'affezione degli epiteli renali e nella alterazione funzionale dei vasi della parte infiammata, per cui (secondo le teorie di Cohnheim) vengono facilitati i trassudamenti infiammatorio e interstiziale. — Dopo di ciò, passa a delle considerazioni generali sopra le differenti malattie renali legate all'albuminuria. In proposito dice, che talvolta è facile, tal'altra difficile distinguere se l'albuminuria è sintoma della genuina nefrite parenchimatosa oppure di altro processo. Momenti importanti pelle diagnosi sono: l'anamnesi, il grado dell' albuminuria e il rimanente dei sintomi. La quantità della albumina nelle orine della nefrite parenchimatosa genuina supera quella, che si riscontra in ogni altro caso di malattia renale. — Sotto il nome di malattia di Bright suolsi comprendere, come è noto, diversi processi; ma l' Autore si attiene al concetto di Bartels nel distinguere sotto quella denominazione le due seguenti forme morbose: — l'una la nefrite parenchimatosa con deperimento e necrobiosi degli epiteli, l'altra la cronica nefrite interstiziale, che esita col raggrinzamento del rene e con atrofia secondaria del parenchima.

Anche per la nefrite parenchimatosa innoltrata a'suoi più tardi stadi può impicciolire il rene dianzi ingrossato; ma come ha dimostrato Zimmermann, anche allora è possibile la distinzione anatomica della nefrite parenchimatosa, in quanto che quivi non si tratti di esuberante vegetazione infiammatoria del tessuto interstiziale, ma solo di aumento del medesimo tessuto, che avviene nei luoghi dove s'è atrofizzato il parenchima.

Deve però confessarsi che la differenza tra la nefrite cronica parenchimatosa e la così detta acuta malattia di Bright non è gran fatto caratteristica. — Anche in questa trattasi dell'ingrossamento ed intor bidamento degli epiteli, della metamorfosi cruposa dei medesimi (cilindri fibrinosi) e della considerevole iperemia flussionale. — La vera distinzione tra l'acuta malattia di Bright e la nefrite parenchimatosa cronica riposa meno sui caratteri anatomici e più sui criteri clinici. Tanto più difficile è la distinzione tra le due forme di nefrite, in quanto che può l'acuta malattia di Bright trasformarsi in cronica nefrite parenchimatosa. Per questo Zimmermann stabilisce le seguenti forme di nefrite: a) *Nefrite acuta parenchimatosa* (nefrite cruposa acuta, *morbus Brightii* acuto); — b) *Nefrite parenchimatosa cronica*; — c) *Nefrite interstiziale cronica.* — Queste tre forme si lasciano, anche in vita, diagnosticare nella maggioranza dei casi.

La eziologia delle tre forme di nefrite è quella che tutti conoscono.

— Sintomi iniziali: i primi sintomi della nefrite parenchimatosa acuta sono di natura uremica, albuminuria ed anche ematuria, rapide idropisie. Tutto ciò facilita la diagnosi. Più indeterminati ed incerti sono i sintomi della forma cronica. La nefrite interstiziale cronica può per lungo tempo subdolamente decorrere senza dare sintomi obbiettivi nè subbiettivi, se pure non si vuole annoverare l'albuminuria, la quale può essere riscontrata casualmente. Può darsi l'accidentale ed improvviso insorgere di fenomeni gravi.

Rispetto il decorso e l'esito delle tre forme di nefrite troviamo: — il decorso della parenchimatosa acuta è rapido; l'esito, la morte o la guarigione, di rado il passaggio alla forma cronica. La morte avviene ora per i gravi edemi, ora per i fenomeni uremici, ora per l'una e l'altra causa combinate. Assai sfavorevole è il decorso della nefrite cronica parenchimatosa, perchè le lesioni che in questa vennero lentamente a prodursi, quando si danno a conoscere sono irreparabili.

Del resto conosciuta in tempo opportuno la malattia e fatta a dovere la cura può ottenersene la guarigione. Numerosi sono i casi nei quali oltre una discreta albuminuria, gli ammalati non offrono verun'altra lesione; tuttavia quasi sempre avviene che un raffreddamento od un errore dietetico produca una recrudescenza od il rinnovamento della nefrite parenchimatosa cronica. Queste esacerbazioni o recidive si presentano con lievi fenomeni uremici, con proporzionale diminuzione dell'orina, aumento dell'albumina e idropi. — Il decorso interrotto è sino ad un certo punto caratteristico per queste varietà della nefrite, e la ragione sta nel medesimo reperto anatomico, il quale fa conossere che essa non colpisce tutto il rene, ma singole regioni e successivamente. — Il decorso della nefrite interstiziale cronica è eminentemente cronico. La malattia rimane per molti anni latente, finchè improvvisamente od a poco a poco presenta sintomi, che compromettono le esistenze o producono la morte. Questi sintomi terminali sono gli uremici, oppure sono dati da una emorragia cerebrale; in ogni caso abbiamo un grave sconcerto tra le funzioni dei reni e quella del cuore, il quale certamente presenta in simili casi la ipertrofia compensante del sinistro ventricolo.

Quanto al reperto anatomico: nella nefrite parenchimatosa acuta il volume dei reni è d'assai aumentato, talvolta persino del doppio. La superficie del rene è liscia, la capsula punto aderente, tuttavia fortemente injettata. Alla superficie del taglio vedesi considerevole iperemia di amendue le sostanze del rene. Nella sostanza corticale anche ad occhio nudo ponno vedersi delle piccolissime punteggiature rosse, che sono i glomeruli fortemente congesti. All'esame microscopico si trova che tanto i canalicoli delle piramidi, quanto quelli della sostanza corticale sono ripieni di essudato (cilindri fibrinosi); in questa ultima l'essudato è più copioso ed imparte alla sostanza corticale un aspetto più opaco con una leggiera tinta rossa. Questo essudato, falsamente ritenuto per cruposo, è prodotto dalla metamorfosi degli epiteli, di cui qualcuno an-

cora osservasi quasi intatto alla superficie dell' essudato, e racchiude altresì dei corpuscoli rossi. Nei canalicoli dove non esiste l'essudato si trovano gli epiteli più o meno torbidi ed ingrossati. — Nella nefrite parenchimatosa cronica i reni sono più o meno impiccioliti, talora sono ridotti alla metà. La capsula si svolge difficilmente e anche con lacerazione del tessuto sottoposto. La superficie mostra il noto aspetto granuloso, ed il tessuto pare anemico. Sorprende la estrema riduzione della sostanza corticale, ecc. — Nella nefrite parenchimatosa cronica i reni presentano differente aspetto a seconda del periodo, in cui avviene la morte ed a seconda della moltiplicità delle regioni affette, non che dello stadio delle alterazioni.

Dopo questi l'Autore prende in considerazione alcuni fra i sintomi capitali delle nefriti; ma non dice cosa alcuna su cui debbasi fermare la nostra attenzione.

Venendo alla terapia sostiene con Zimmermann, che mediante una buona diagnosi, per cui si venga nei casi pratici a distinguere rettamente le tre forme di nefriti, si può istituire una terapia razionale e prevedere quello che può e quello che non può essere raggiunto dall'arte. Così nella nefrite interstiziale cronica, quando sia stata perfettamente diagnosticata, può dirsi che verun medicamento potrà darsi per allontanare l'albuminuria; giacchè quivi, come nelle cirrosi, esistono condizioni anatomiche tali, che non vengono dai mezzi modificate. In questa forma di nefrite quindi importa maggiormente una cura igienica, mediante cui venga regolata la dieta, a fine di non avere da emettere dall'organismo molti materiali che, quando abbiasi un ostacolo renale, possono contribuire a cagionare gli accessi uremici. Venga regolata l'azione cardiaca, perchè se troppo eccitata o per patemi od altre cause, può produrre iperemie cerebrali ed emorragie; se troppo debole può concorrere ad originare i fenomeni uremici. Altrimenti corre la bisogna per la nefrite parenchimatosa acuta e cronica.

Anche in queste si ha una profilassi ed una indicazione causale, che deve essere in quanto è possibile soddisfatta. L'Autore spende in proposito poche parole per venire alla indicazione del morbo. Quivi due sono gli scopi dell'arte: 1. diminuire la iperemia flussionale; 2 sopprimere il processo dell'ingrossamento e dell'intorbidamento degli epiteli. A ciò si perviene col provocare sudori generali coi diaforetici e coll' uso interno del tannino. — La indicazione sintomatica volge specialmente contro quei sintomi, dai quali è aggravata la malattia o compromessa la esistenza. Le conseguenze ed il pericolo che derivano dalla ritenzione nell'organismo di molta acqua e di sostanze componenti l'orina, può in due differenti modi essere curata: 1. favorendo la esplusione meccanica dei cilindri e la riapertura dei tramiti dell'urina; 2. oppure sollecitando la secrezione di altri organi che hanno azione vicaria al rene. Il primo scopo si raggiunge mercè una metodica diuresi, il secondo colla metodica diaforesi, non che coll'impiego dei drastici. — Nella nefrite

parenchimatosa cronica è raro che si presentino sintomi minacciosi, ma è l'idrope che con vizioso circolo accompagna lentamente al marasmo. Quest' idrope in parte solo è prodotto della ritenzione dell' acqua, ed in parte della ipoalbuminosi. Però nella cura di queste forme di nefrite occorre: 1. sostituire l' albumina perduta con una dieta opportuna; 2. moderare le idropi nell' uno od altro modo sopra indicato.

Dopo ciò l'Autore passa a rassegnare alcuni dati di esperienze terapeutiche fatte da Zimmermann sì a Basilea che ad Erlangen coll' applicazione del tannino, del metodo diaforetico, del metodo diuretico, dei drastici e della cura lattea.

Tannino. — Questo viene eliminato coll' urina come acido gallico, il quale esercitando un'azione astringente, soddisfa alla indicazione. Va quindi amministrato soltanto nella nefrite parenchimatosa acuta e cronica — mai nella interstiziale. Nelle prime giova coll'effettuare la coartazione dei vasi capillari dilatati e col modificare gli alterati epiteli; nella seconda nuoce perchè favorisce l' azione coartante del connettivo interstiziale in vegetazione continua. Deve dunque amministrarsi: 1. nelle nefrite parenchimatosa acuta; 2. nella cronica, ma di data recente; 3. nelle esacerbazioni e recidive di queste. Mai devesi adoperare contro un'albuminuria stazionaria.

Metodo diaforetico. — Fatto qualche cenno dei vari metodi con cui si ottiene copiosa diaforesi, dice essere indicatissima la cura: 1. in tutti i periodi dell'acuta e cronica infiammazione parenchimatosa, quando specialmente dalla presenza di sangue nell' orina si può sospettare una grave iperemia renale; 2. se esistono i prodromi o i sintomi dell'avvelenamento uremico; 3. se nel corso dell'acuta o cronica infiammazione parenchimatosa si presenta grave e pericoloso anasarca. — Tuttavia malgrado i vantaggi incontestabili, che la cura diaforetica può produrre, non si devono dimenticare alcune funeste conseguenze. Così se trattasi di ammalati deboli e febbricitanti, si corre pericolo di cagionare dapprima una soverchia concitazione del cuore e quindi le paralisi. Un altro pericolo deriva da ciò che Niemeyer e Bartels hanno osservato, cioè da una specie di antagonismo, che si manifesta tra l'idropisia e la uremia, per modo che, quando non sia più in atto il processo di trasudamento dell'idrope, ponno avere sviluppo fenomeni uremici. Laonde la cura diaforetica devesi fare quando abbiasi l' anasarca senza uremia; quando esista l'uremia senza anasarca; è poi assolutamente controindicata quando coesistono idropi ed uremia. — Anche nella cronica nefrite interstiziale può applicarsi la stessa cura se si presentano l' uremia o l'anasarca; ma devesi bene sorvegliare le condizioni del cuore e le cerebrali, perchè in quanto esiste la ipertrofia cardiaca, può provocarsi l'emorragia cerebrale sotto la concitazione del cuore.

Metodo diuretico. — Si adoprano in generale con molte cautele i diuretici, e infatti una cura diuretica poco circospetta può cagionare danni non lievi. Tuttavia si devono amministrare quando si sappia evi-

tare il periodo irritativo della nefrite. Vanno esclusi i così detti *diuretici caldi* perchè sogliono irritare ed iperemizzare il rene. Dopo tutto vuolsi osservare che non ogni iperemia arteriosa va considerata come una flussione flogistica; ma per suo mezzo può ottenersi una maggiore filtrazione attraverso i reni in modo affatto meccanico. Specialmente senza che se ne conosca il modo, mediante la introduzione di certi sali (diuretici salini). — Ora per ciò che concerne queste condizioni meccaniche del circolo renale (aumento di pressione laterale nelle arterie) in due modi si possono determinare: *a*) elevando la forza del cuore; *b*) aumentando il volume del sangue. Quindi molte volte servono, come diuretici, la digitale, la canfora, quando è depressa l'azione del cuore. Ma se il cuore funziona naturalmente, bisogna allora aumentare il volume del sangue ed a ciò si arriva propinando giornalmente generose quantità di acqua distillata o di acqua ed acido carbonico; oppure, se importa insieme sostenere la nutrizione dell'infermo, si può amministrare il latte in luogo dell'acqua. Con questo metodo si è sicuri di evitare qualunque irritazione renale. Quantunque inesplicabile è l'azione dell'acetato di potassa si amministra in dose piuttosto elevata (5,0-15,0 al giorno) e in concentrata soluzione, per cui si vede che la sua influenza è indipendente dalla quantità di acqua. Dietro l'uso di questo mai tennero dietro, nè si esacerbarono, se preesistevano, i sintomi della irritazione renale. Però questo sale devesi preferire alla introduzione di abbondanti quantità di acqua in tutti i casi, in cui esistono già abbondanti le idropi e hanno grande tendenza a farsi maggiori. In quanto poi è fra tutti capace di provocare abbondante filtrazione renale, e con ciò di agevolare la canalizzazione dei tubilli uriniferi, merita di essere preso in grande considerazione nella cura della nefrite parenchimatosa acuta. — Sulla *applicazione dei drastici* nulla affatto di notevole.

Cura lattea. — Il latte diluito con acqua è un ottimo rimedio nei nefritici perchè: 1. vi hanno ammalati con assai debole intestino, per conseguenza è necessaria la introduzione di un nutrimento assai facile a digerirsi; 2. gli ammalati per l'albuminuria cadono nell'ipoalbuminosi e nella introduzione di sufficienti quantità di latte può compensarsi la perdita dell'albumina e correggendosi a questo modo la ipoalbuminosi può favorirsi la guarigione dell'idrope; 3. finalmente perchè v'hanno ostacoli alla secrezione dell'urina (cilindri renali) e quindi è indicata la introduzione di molta quantità di liquido, ed il latte — come fu già detto — adempie a questa condizione meglio di ogni altra sostanza, essendo prima di tutto dotato di capacità nutriente, secondo ricco di sali di potassa, i quali agiscono come diuretici. — Può darsi puro il latte oppure mescolato con volume eguale di acqua (1-3 litri al giorno).

Die Pulsveränderung bei Bleikolik; del dott. Frank. (*Le alterazioni del polso nella colica saturnina. — Berlin Klin. Wochensc.*, 1875).

Il polso negli ammalati di colica saturnina offre le seguenti caratteristiche: — più frequentemente il polso è *raro*, la sua frequenza è al

di sotto del normale ed in modo eccezionale supera appena la norma; innoltre è *tardo*. La linea ascendente della curva sfigmografica è molto allungata e giunta alla sommità passa nella discendente, descrivendo come una cresta, nella quale in molti casi si scorge un piccolo elevamento ed abbassamento della linea. Che l'intossicazione saturnina sia la causa di questa anomalia del polso lo indica il fatto, per cui collo scemare e scomparire dei fenomeni della colica, anche il polso torna allo stato normale. — Molto probabile è la ipotesi che queste alterazioni del polso dipendano dall'aumento del tono vascolare delle arterie. Questo accresciuto tono arterioso, durante la diastole dell' arteria è vinto dalla sistole cardiaca molto più valida (quindi sale diritta e rapida la linea ascendente); prevale al contrario durante la sistole del vaso operando in senso contrario della elasticità (quindi più lenta la discesa della linea). Che poi la elasticità non sia del tutto tolta dall'azione, lo si scorge considerando il piccolo catacrotismo, che presenta la linea grafica. — Un secondo argomento in appoggio a queste ipotesi viene dal modo di comportarsi del polso della colica saturnina dopo la inalazione del nitrito d'amilo. In vero il polso diventa *celere* quando si pratica la inalazione, ma se la si interrompe riprende le sue qualità primitive; i dolori poi tengono il medesimo contegno, vale a dire diminuiscono o cessano quando il polso è celere (durante l'inalazione), e riprendono quando il polso ha riacquistato i suoi caratteri (cessata l'inalazione). Da questo parallelismo tra polso radiale e dolori colici sembra probabile la conclusione, che anche i vasi dell'addome sieno presi dal supposto aumento di tono e che le alterazioni del polso non che i dolori colici abbiano il medesimo momento causale. — In base a questi fatti e considerazioni si raccomanda caldamente l'uso del nitrito d'amilo nella colica saturnina.

Samelsohn nega che i fenomeni surricordati procedano dall'aumento del tono vascolare e pensa che invece derivino del difetto della elasticità dei vasi. Ma Frank si conferma nella propria convinzione, primo, perchè le inalazioni del nitrito d'amilo, come è noto, sogliono quasi accasciare i vasi e perciò tolgono alla linea del polso le oscillazioni derivanti dalla elasticità; in secondo luogo, perchè la linea del polso in quei casi, nei quali realmente evvi diffetto di elasticità vascolare, è ben differente da quella che caratterizza il polso della colica saturnina; in terzo luogo perchè i fenomeni del polso in seguito alla guarigione della colica si oppongono direttamente all'idea di Samelsohn.

Der Typus inversus der Körpertemperatur ein klinisch verwerthbares Symptom für die Diagnose der Miliartuberkulose; del prof. Brunniche. (*Il tipo inverso della temperatura del corpo quale sintoma importante per la diagnosi della tubercolosi miliare. Wien. med. Wochensch., 21, 1875*).

Secondo il prof. Brunniche di Kopenagen il tipo inverso della temperatura del corpo — cioè l'alta temperatura mattutina e la bassa ve-

spertina — è un sintoma di grande significazione clinica per la diagnosi della tubercolosi miliare, tanto se primitiva ed acuta si sviluppa, quanto se succede alla pneumonite caseosa. Di 71 tisici morti, 63 5 p. 100 hanno presentato questo tipo anomalo delle linee termometriche (54.5 p. 100 uomini. 79 p. 100 donne). Tisici per pneumonite caseosa, senza reperibile tubercolosi miliare nel cadavere, presentarono lo stesso tipo solo il 25 p. 100; mentre che quelli che avevano la tubercolosi miliare hanno dato un contingente di 85 p. 100. — Nel 1872 B. in 41 tisici constatò quanto segue: 13 non presentavano la tubercolosi miliare e tra questi trovò il tipo inverso nel rapporto di 38.4 p. 100; gli altri 28 erano tubercolosi e in questi constatò lo stesso tipo nel rapporto di 70 p. 100; in 10 affetti da acuta tubercolosi miliare 9 volte constatò il tipo inverso. Ma la maggiore dimostrazione della tesi dell'Autore ci viene dalla seguente tabella:

	Tipo inverso in
93 Tisici	59 1 per 100
53 Uomini	49 1 » »
38 Donne	73 7 » »
21 Tisici non tubercolosi	33 3 » »
63 Tisici con tubercolosi mil. . . .	76 2 » »
17 Individui con tubercolosi mil. . . .	88 8 » »

Ueber einen Fall voon intermittirender Paralysis spinalis; di Hartwig (*Sopra un caso di paralisi spinale intermittente*). (*Dissert. Halle* 1874, *Centbl.* N. 26, 1875).

Un giovane di 23 anni, che si espose durante il 18° anno di vita a frequenti e fortissimi squilibri di temperatura, cadde affetto dalla intermittente terzana e poscia ne guarì. Un giorno accusò lassezza delle membra inferiori, che rapidamente invase le superiori e quindi si dichiarò una completa paralisi non solo negli arti, ma anche nei muscoli della nuca. La loquela, la deglutizione, il respiro erano pure un tal poco difficoltati; la musculatura del volto, l'escrezione delle orine e delle feccie erano completamente normali. Dopo 24 ore cominciò a muoversi il collo, indi le dita e le braccia, poi il tronco e finalmente gli arti inferiori e tutto ciò avvenne in una mezz' ora insieme con una copiosa secrezione di sudore. Nelle successive 24 ore il paziente era affatto sciolto dalle paralisi e si trovava semplicemente alquanto prostrato. Quando da capo riprese il corso dei suaccennati fenomeni. — Il cervello sempre intatto; la parte cervicale, massime la superiore, era colpita ma non uniformemente, perchè i movimenti della nuca erano spesso effettuabili, spesso erano difficili la deglutizione e la respirazione, avevasi ineguaglianza delle pupille ed anche miosi. Il nervo frenico non presentò mai nulla di abnorme. La paralisi non era completa; la eccitabilità elettromuscolare, durante il periodo paralitico, era scomparsa. — Venne ripetutamente amministrato il chinino, si ottenne un miglioramento non però la guarigione. L'ammalato fu tenuto in osservazione per sei mesi.

L'Autore pensò trattarsi di un processo miasmatico e spiegò i fenomeni mediante la iperemia spinale.

Ueber die Anscultation der Mundhöle oder ueber das Mundhölengerassel; del dott. E. Galvagni docente priv. in Bologna (*Sull'ascoltazione della cavità orale ovvero sopra il rantolo della cavità orale. — Med. Jahrbüch.* III. Heft. 1875).

L'Autore si occupa non già di quell'ascoltazione della cavità orale, quale è stata praticata anche da Piorry, ma intende richiamare l'attenzione dei medici sopra alcuni fenomeni che si percepiscono, quando si avvicina l'orecchio alla bocca di alcuni ammalati — fenomeni che si riferiscono ad alterazioni, che hanno sede in punti anche remoti degli organi respiratori, più specialmente nei polmoni.

Alcuni tisici raccontano di un fenomeno da essi stessi percepito, cioè di un particolare rumore che ricevono dalle parti profonde del collo e che talvolta è inteso anche dalle persone che dormono o vivono con molta intimità con essi. E l'Autore stesso avvicinando l'orecchio alla bocca di questi infermi è riuscito a percepire un rumore di rantolo estremamente fine e secco, costituito da una o più bollicine, ora coincidente colla espirazione, ora, e più spesso, coi due tempi del respiro. Talvolta, benchè in rari casi, mercè l'ascoltazione della bocca percepì eziandio fischi e ronchi.

La grande frequenza del fenomeno suindicato, come pure il frequente richiamo su di esso degli ammalati condusse, l'Autore a speciali indagini. Tra gli autori trovò che solo Piorry ne diede una esatta notizia circa il modo di presentarsi e il metodo di percepirsi del rantolo. L'impressione che fa questo rantolo la prima volta che si percepisce, porta a credere che si formi nella parte superiore della trachea, tanta è la chiarezza e talvolta la intensità, con cui si ascolta; ma l'Autore studiandolo diligentemente venne a convincersi che si forma in punti ammalati de' profondi bronchi o dei polmoni, imperocchè ha potuto scoprire una estrema somiglianza di carattere fra il rumore ascoltato dalla bocca e quello che ascoltava successivamente ponendo l'orecchio in varii punti del torace. Le due maniere di rantolo somigliano tra loro pel numero e per l'aggruppamento delle piccole bolle, le quali si percepiscono nell'uno od in amendue i tempi delle respirazioni e differiscono solo in ciò, che le piccole bolle del rantolo orale sono più fini, più secche, alquanto staccate fra loro e di un tono più alto. — Se si pone lo stetoscopio sulla trachea non si percepisce il rantolo orale, prova che la sua origine è ben più profonda. Se si appone lo stetoscopio sulla trachea può ascoltarsi, ma allora facendo chiudere la bocca del paziente continua a percepirsi il rumore respiratorio tracheale e non il rantolo; se si fa riaprire la bocca al paziente torna a percepirsi il rantolo orale. È d'uopo dunque conchiudere, che questo non è tradotto all'orecchio mediante lo stetoscopio, ma invece dall'aria della cavità, attraverso la bocca viene trasmesso all'aria esterna e poi al nostro orecchio. L'Autore fece anche

un altro esperimento che comprova quanto sopra: in un paziente dove esisteva il rantolo orale, cercò un punto del torace dove non si avesse alcun rumore di rantolo (sull'apice del cuore), qui pose l'orecchio per ascoltare e oltre i toni cardiaci percepiva il rantolo orale.

Si chiederà come mai un rantolo, che si forma nei polmoni, non si percepisce bene sulla superficie del torace e si percepisce invece meglio dalla cavità orale. — Per rispondere a ciò basta riflettere a due circostanze; 1.° che il rantolo abbia una sede centrale nel polmone e sia circondato da tessuto polmonale aereato, cioè cattivo conduttore dei suoni; 2.° che il rantolo, tutto che sottile, pure raggiunga la cavità delle fauci e della bocca rinforzandosi.

Si chiederà ancora: perchè le piccole vescicole del rantolo, che si formano nei piccoli bronchi o nelle caverne, acquistano, come fu detto, un tono differente. — Anche a questo risponde l'Autore ricordando le influenze delle cavità (fauci e bocca) in cui risuona il rantolo medesimo.

Questo rantolo fu trovato dall'Autore raramente nella pneumonite, nei 4 casi di bronchite capillare che ebbe in cura ultimamente, in un versamento pleurico, in caverne polmonali. — In tutti questi casi però non attribuisce al rantalo in discorso un grande significato diagnostico; invece crede che possa contribuire evidentemente alla diagnosi della tisichezza incipiente in quei casi, in cui avvi la tosse, si verificò la emoftoe e del resto non esistono altri sintomi che sogliono interrogarsi. — Può giovare al medico anche le notizie, che i famigliari del paziente possono offrire intorno alla esistenza del rantolo orale. Questo finalmente potrà forse acquistare maggiore importanza nella medicina veterinaria, atteso le difficoltà che quivi si oppongono alla ascoltazione del torace.

Zur Pathogenese und Therapie des diäbetes mellitus; del dottor E. Harnack. (*Sulla patogenesi e terapia del diabete mellito. — Deutsch arch. f. klinis. med.* 13 B. 6, Heft.)

Mediante ricerche numerose e diligenti fatte sulle orine, sul peso del corpo e sull'ordinamento della dieta, l'Autore giunge alla diretta conclusione: che lo zucchero separato dai diabetici sta in proporzione colla quantità degli idrocarburi ingesti; circostanza che, secondo l'Autore, appoggia l'opinione, che l'essenza del diabete consiste in una impedita trasformazione delle preaccennate sostanze dentro l'organismo. Questa conclusione poi avvia ad un' altra, ed è: che la cura del diabete possa essere razionale e teoricamente studiata. — Tentò pure la cura de' suoi diabetici colla glicerina, dietro gli ammaestramenti di Schultzen; ma non vide diminuire lo zucchero dell'orina sì sensibilmente, come può verificarsi talvolta usando una dieta esclusivamente carnea. Constatò invece un aumento del peso del corpo, che si mantenne anche quando la dieta non era strettamente carnea.

Zur lehre von diabetes mellitus. — Ueber eine eigenthümliche Todesart bei diabelischen; ueber acetonemie, Glicerin-Behandlugn des diabetes und Einspritzungen von diastase in's Blut bei dieser Krankeit; del professore Kussmaul. (*Contribuzione alla dottrina del diabete mellito. Sopra una maniera particolare di morte nei diabetici; sopra l'acetonemia; la cura del diabete mediante la glicerina e le injezioni di diastasi nel sangue di questa malattia. — Deutsch Arch. f. Klinisch. med.* 14 B. 1 Heft).

L'Autore espone da prima la storia di tre diabetici, che noi possiamo omettere per amore di brevità, senza defraudare il lettore delle cose che sono il vero argomento del lavoro. — I fenomeni coi quali i tre diabetici vennero a morte sono i seguenti:

1. *Una particolare dispnea* la quale, per quante indagini facesse Kussmaul, non potè mai essere spiegata nè da alterazioni circolatorie, nè respiratorie, nè da anomalie nelle parti esterne del torace; e la quale coincideva con i fenomeni acustici del respiro completamente normali. Era poi notevole il contrasto che spiccava tra lo stato di generale debolezza colla forza dei movimenti respiratori. Questa dispnea incominciò quasi improvvisamente in un ammalato, senza farsi precedere da prodromi di sorta nè da semplice malessere; in un altro caso l'ammalato aveva in precedenza provato la inappetenza; nel terzo caso già da alquanti giorni venne notata una respirazione più frequente e quando il paziente accusò il senso di stringimento al torace, perdè l'appetito ed ebbe vomiti.

2. *Una frequenza insolita del polso* (120-140) ed insieme piccolezza e debolezza ma regolarità; i toni cardiaci normali.

3. *Grande agitazione gemiti e grida e gravi dolori.* Questi ultimi in due pazienti risiedevano all'ipogastrio, nel terzo ai cotili.

4. *Uno stato comatoso*, che in un caso cominciò due ore dopo la dispnea e negli altri solo più tardi venne in scena; in uno forse venne accelerato dalle injezioni di morfina.

La malattia in un caso durava da 4 mesi e negli altri due da più anni. La morte avvenne 43 ore dopo il cominciamento della dispnea in uno, 17 1[2 in un altro, 37 nel terzo. — La temperatura venne misurata solo in un caso, nel quale in principio dell'accesso era a 38° ed in 14 ore discese a 35°9. Anche negli altri due la temperatura esplorata col tatto risultò abbassata. — Anche verso il termine dell'esistenza, l'orina scorreva abbondante e carica di zucchero. — Le pupille non parvero dilatate in verun caso; in uno anzi erano enormemente miotiche; in altre, inegualmente miotiche. Deve pure ricordarsi la dilatazione paralitica dello stomaco, che fu riscontrata in un caso, quantunque il paziente negli ultimi giorni introducesse assai scarso cibo.

Si è detto che certi sintomi finali di alcuni casi di diabete hanno analogia con quello che produce l'uremia e questo può non essere strano quando si pensa che i reni per lungo tempo separarono collo zucchero anche l'albumina e che finalmente scomparendolo zucchero dall' orina si

pronuncia colla copiosa albuminuria la più schietta forma di malattia di Bright. Ma non è necessario che quando si associa la glicosuria e l'albuminuria ne venga l'esito dell'idrope e dell'uremia. Ciò l'Autore sostiene in base ad una propria osservazione, in cui essendovi questa duplice alterazione dell'orina, il paziente morì con fenomeni della tisi polmonale.

Altra analogia tra i sintomi uremici e quelli del coma dei nostri diabetici (che l'Autore non esita a denominare *coma diabetico*) si vede nel modo di loro insorgenza. Ciò malgrado vi ha tra quelli e questo una differenza. Tra i sintomi precursori del coma uremico ha grande importanza la cefalea, che non venne accusata invece dai diabetici in questione. La dispnea negli uremici ha la sua ragione nel catarro dei minimi bronchi, nell'edema polmonale, nelle alterazioni cardiache; tutte circostanze che mancarono nei nostri diabetici. I dolori che questi provarono non sono mai accusati dagli uremici. La dispnea nei diabetici sta ora colla frequenza del respiro, ora col respiro regolarissimo, mai, nemmeno negli estremi istanti, si fece sentire lo stertore. Nei tre diabetici non si constatò il rallentamento del polso, che è così frequente nel coma uremico, l'orina fluì copiosa, ciò che non avviene negli accessi uremici, e nè prima nè durante il coma presenta traccie di albume. Finalmente all'autopsia dei tre diabetici non venne riscontrata nè alterazione renale, nè edema della pia madre, se si eccettua il primo caso, nel quale il coma aveva incominciato più tardi che la dispnea. — Per tutti questi fatti *devesi fortemente dubitare, che nei diabetici, di cui è discorso, il finale quadro dei sintomi sia espressione di uremia.* — L'Autore si domanda se i sintomi in questione non poterono essere prodotti dalla pneumonite, affezione che nei diabetici è rapidamente mortale. Ma riflette, che in vita mancarono i sintomi statici e generali di questa malattia e che l'autopsia non ne rilevò il naturale substrato. Altre ipotesi mette poi in campo onde avere una spiegazione della dispnea, e dopo qualche discussione conclude: — 1 che questa dispnea non è il prodotto di irritazione riflessa dei centri respiratori dal nervo vago o dal laringeo; ma che è effetto di una diretta irritazione centrale; — 2. che non è prodotta da insufficienza di ossigeno; — 3. e nemmeno dalla narcosi carbonica; — 4. che essa finalmente deve avere la sua origine in un avvelenamento che sta in rapporto colle alterazioni del chimismo organico. Sulla natura di questo avvelenamento nulla può dirsi di preciso; l'opinione di Kaulich trattarsi di acetonemia esige nuovi controlli prima di essere accettata. — Tutti gli altri sintomi manifestati dai diabetici nelle ultime ore vengono pure attribuiti, colla debita riserva, alla medesima causa che la dispnea.

Sulla influenza della cura colla glicerina nel diabete, istituì apposite ricerche in uno dei casi narrati, ma ottenne risultati non decisivi e conchiude, che altre prove devono essere fatte.

Venendo a trattare in particolare dell'acetonemia, fa precedere qualche cenno storico, indi soggiunge, che la teoria dell'acetonemia riposa

ancora sopra debole base: 1. finora l'acetone è stato riscontrato appena alcune volte nel sangue e nell'orina dei diabetici e mai nel contenuto dello stomaco. Apposite ricerche fatte istituire nel locale laboratorio chimico (di Freiburg) sulle materie gastriche d'un uomo, che soffriva di dilatazione del ventricolo e che emanava odore di acetone, ebbero risultati negativi. Lo stesso Kaulich dovette sottoporre alla distillazione grandi quantità di orine per ottenere tenui traccie di acetone; laonde l'odore soltanto deve ritenersi come principale reattivo dell'acetone, e l'odore stesso è un criterio ingannevole. 2. Finchè si vuole stabilire senza esperienza l'azione dell'acetone sull'uomo e sugli animali, la sua influenza tossica, la dose che se ne può introdurre, si può appena permettere, che si tracci il quadro clinico dell'acetonemia. La tenue dose non sviluppa alcuna azione tossica. L'Autore lo amministra a 4-6 grammi al giorno ed anche per alcune settimane di seguito senza che i pazienti (tisici) accusino sintomi attribuibili al rimedio. Siccome l'acetone del commercio impiegato dall'Autore è impuro (contiene per 1/5 del suo volume di alcool metilico) così volle procurarsene di puro, onde continuare le sue esperienze. — Injettato sotto cute produce un dolore bruciante. Injettato sotto la cute del petto di un tisico si produsse attorno alla puntura una zona rossa, larga quanto una mano; al luogo della puntura e intorno si presentò un rilievo bianco e papuloso; tutta la superficie rosseggiante per alcune ore era dolente alla pressione e spontaneamente. Dopo 8 ore il rossore era scomparso, ma sussisteva ancora il dolore alla pressione. Nel giorno successivo era scomparsa ogni traccia di irritazione locale. Il medesimo paziente per 6 giorni consecutivi prese internamente 6 grammi al giorno di acetone senza presentare sintomi di avvelenamento. In un altro tisico ritento l'injezione sottocutanea di acetone allungato (acetone parti 2, glicerina 1, acqua distillata 1,) e ottenne i medesimi fenomeni locali. Identiche esperienze istituì sopra i conigli e sintomi decisi di avvelenamento non vide che in uno sotto la cute dei quali injetto 5 grammi di acetone; l'animale si comportava come fosse ubbriaco e sbalordito; ma due ore dopo l'ultima injezione aveva ricuperato lo stato primiero in parte, che e ricompose affatto solo il giorno dopo. Un altro coniglio, cui erano stati injettati grammi 5-7 di acetone presentò sintomi più manifesti, più debole nelle gambe, più tardo nei movimenti; 8 minuti dopo l'ultima injezione rimase come inetto a reggersi, però cogli occhi aperti e desto affatto. Portogli il cibo mangiava, ma la masticazione era nella prima ora difficoltata. Nei due giorni consecutivi riguadagnò interamente le facoltà motorie, ma esprimeva mala voglia. L'Autore pensò che avesse infiammato il luogo dell'injezione, quindi uccise l'animale e trovò una forte injezione di vasi e null'altro di abnorme. La frequenza del polso dopo l'injezione si fece maggiore del normale in amendue i conigli, il respiro più lento e la temperatura del retto nel primo era discesa di 0,6 e nell'altro di 1,5. Tre giorni dopo si era eleveta, specialmente nel secondo, di cui le orecchie erano rosse

e calde. Dunque nei conigli l'acetone agisce con minore intensità del cloroforme e dell'etere, ma più intensamente dell'alcool, perchè un coniglio cui fece injezioni sottocutanee di 7 centigrammi di alcool presentò fenomeni meno spiccati di quando era stato 8 giorni prima operato coll'acetone. — L'acetone esala rapidamente inalterato, almeno in parte, attraverso il polmone. In ciò è analogo al cloroforme ed all'etere e diversifica dall'alcool, come risulta dalle medesime esperienze dell'Autore.

Per conoscere l'influenza dell'acetone sui carnivori scelse un cane bastardo di taglia mezzana e injettò sotto cute 5 grammi di acetone, misto con acqua distillata e glicerina, suddiviso in sei porzioni. L'animale rimase desto, correva e mangiava. L'aria espirata aveva forte odore di acetone. Dopo un'ora non s'era presentato ancora alcun sintomo nervoso, perciò vennero injettati altri 5 grammi di acetone, ma non si determinarono fenomeni di sorta da parte del sensorio; tuttavia era d'alquanto discesa la temperatura, che non si elevò al grado normale se non che nel giorno consecutivo. Il polso da 88 salì a 112, 120, 130. La respirazione da 30-60 (durante l'operazione) discese a 30-40. Dalle 9 ore antimeridiane alle 3 pomeridiane era scomparso ogni traccia di odore d'acetone nell'aria espirata. — Dunque 10 grammi di puro acetone injettati sotto cute al cane non produssero nè ubbriachezza, nè sbalordimento, nè paralisi. Sottopose un coniglio alla inalazione di una enorme quantità di acetone puro, ma l'animale, che rimase fortemente ubbriaco e incapace di moversi, non diè segno alcuno di anestesia. In ciò dunque differisce l'acetone dal cloroforme e dall'etere, i quali come è noto producono l'anestesia. La sua azione somiglia molto più a quella dell'alcool e forse è più intensa; l'acetone poi accelera il polso, rende il respiro più lento e profondo e deprime la temperatura. Comunque la teoria dell'acetonemia nel senso di Petters e Kaulich non che la sintomatologia, che gli si attribuisce, devono essere nuovamente studiate. Contro la ipotesi di una acetonemia spontanea sta la circostanza, che l'acetone dovrebbe svilupparsi nello stomaco in grandi quantità per avvelenare l'organismo umano; ed anche in questo caso è probabile che di mano in mano, che si produce, venga eliminato per la via dei polmoni, e allora è incerto se si possa raccogliere in grande quantità nell'organismo. Forse è più plausibile l'ammettere, che il raccogliersi per lungo tempo acetone nel sangue, massime negli addeboliti sistemi nervosi, possa produrre un avvelenamento cronico, il quale, come l'alcolismo cronico nel delirium tremens, possa rapidamente assumere una espressione clinica acuta.

Nel 1864 l'Autore colla cooperazione del prof. Claus, intraprese delle esperienze sopra la influenza della diastasi; injettata nelle vene e nel tessuto cellulare sottocutaneo sulla secrezione dello zucchero nell'orina. Dovette per alcune ragioni interrompere le esperienze ne più le potè riprendere. Tuttavia stima non senza interesse riferirne in questa circostanza. L'esperienza è stata fatta sopra un uomo di 40 anni, affetto di diabete e dai risultati emerge: che la diastasi sciolta nell'acqua nella

quantità di 0,1-0,2 grammi introdotta nel tessuto cellulare non produce alcun effetto rilevabile sulla eliminazione dello zucchero; nella quantità di 0,1 grammi ed anche meno, introdotta nelle vene cutanee di un uomo diminuisce la eliminazione dello zucchero.

Der diabotes mellitus aus grundlage zahlleicher Beobahtungen: del prof. I. Seegen. 2e Vermehrte Auf lage. Berlin 1875 (*Il diabete mellito in base a numerose osservazioni*).

Riassumiamo nelle seguenti proposizioni i risultati delle osservazioni dell'Autore: 1° Cogli attuali metodi di indagine chimica e fisica non sappiamo trovare lo zucchero nell'urina dell'uomo sano; per conseguenza devesi dire che quest'urina non ne contiene punto; 2° Non solo qualunque causa producente la glucosuria passaggera, ma qualunque altra che produce la glucosuria duratura è espressione d'un processo morboso dell'organismo; 3° La distinzione tra il diabete mellito, come malattia, e mellituria, come eccesso ed aumento di una secrezione fisiologica, non è giustificata; anche la più debole secrezione di zucchero, se si mantiene costante, può cagionare tutti i fenomeni morbosi del diabete; 4° La separazione del glicosio è conseguenza di un anomala trasformazione del glicogene del fegato in glicosio; una diretta secrezione dello zucchero introdotto colle vivande non ha luogo; 5° Secondo l'origine da cui proviene il glicogene, abbiamo due forme di diabete; *a*) una forma nella quale si converte in glicoso soltanto il glicogene che deriva dagl' idrati di carbonio; *b*) ed una forma nella quale può convertirsi in glicoso anche il glicogene che deriva per trasformazione degli albuminati. Nella 1a forma viene separato glicoso, se si introducono nell'organismo idrati di carbonio, nella 2a viene separato anche se la dieta si mantiene esclusivamente carnea; 6° La causa dell'alterazione nel processo di trasformazione delle sostanze risiede nel centro nervoso alterato; 7° Ciò che determina la produzione dello zucchero, cagiona del pari i sintomi che caratterizzano il diabete; 8° Corre un particolare rapporto tra l'eccessiva produzione di grasso e la separazione dello zucchero. Spesso presentasi il diabete mellito nei polisarcici. Talvolta e specìalmente nei giovani, pare che la eccessiva produzione di grasso costituisca uno stadio prodromale del più grave diabete; 9° I sintomi del diabete dividonsi in 2 gruppi: *a*) in quelli che sono prodotti dalla presenza di zucchero nel sangue; *b*) quelli che provengono della scarsa nutrizione dell'organismo in causa dell'anomala trasformazione delle sostanze alimentari; 10° La flosciezza e poca resistenza dei tessuti non è mai causa, ma conseguenza della malattia; 11° L'eredità non è sempre dimostrabile; 12° Il decorso varia secondo la forma; è più mite quella forma, in cui lo zucchero procede dalla trasformazione degl'idrati di carbonio e il decorso è dei più favorevoli, allorquando avvi molta tolleranza per gli amidacei. La forma di diabete in cui lo zucchero per lo contrario si forma a spese degli albuminoidi, conduce rapidamente all'esito letale; 13° Seegen non ha mai veduto la guarigione nel senso, che si possano introdurre abbondanti quan-

tità di amidacei senza che aumenti la secrezione dello zucchero; 14° La prognosi dipende: *a*) della forma della malattia, *b*) dalla età del paziente, *c*) dalla possibilità di usare una generosa dieta di albuminoidi, *d*) dalle condizioni psichiche; 15° Nella cura del diabete il primo e più efficace momento sta nel regolare convenientemente la dieta; 16° Fra i rimedi terapeutici finora si sono trovati utilissimi gli alcali e le acque minerali alcalini; 17° L'uso delle acque di Carlsbad ha costantemente spiegato una benefica influenza sul diabete. In casi assai gravi la secrezione dello zucchero e rimasta sempre eguale; ma nei casi più miti venne sensibilmente ridotta. È sommamente benefica durante la cura delle forme più miti del diabete la tolleranza per gl'idrati di carbonio per un tempo più o meno lungo; 18° L'oppio ed i suoi preparati spiegano fra tutti gli altri medicamenti una decisa ed assoiuta influenza sulla secrezione dello zucchero, tanto che ne diminuiscano la quantità anche nei casi più gravi. L'influenza poi di questi rimedi può lungamente esercitarsi senza produrre dannose conseguenze.

Temperaturverhältnisse bei Lungenschwindsucht di T. Williams; (*Rapporti della temperatura colla tubercolosi. Berlin. Klin. Wochen.* 1875).

Williams nella seduta della *royal med. and chirurgical society* del 26 gennaio dell'anno ultimo passato comunicò le sue osservazioni sulla temperatura nella tisi polmonale avendo per uno spazio di 8 a 30 giorni fatto applicazioni termometriche 5-12 volte al giorno in 104 pazienti del *Brompton Hospital.* Per scopo pratico Williams divide gli ammalati in cinque serie: La 1ª comprende il primo stadio con caratteri di attività (il primo insorgere della malattia); la 2ª il primo stadio un carattere di stazionarietà; la 3ª il secondo stadio (di rammollimento); la 4ª il terzo stadio con carattere attivo (con caverne dilatantesi ed estensione del processo); la 5ª il terzo stadio con carattere stazionario (escavazioni polmonari croniche). I principali risultati dell'osservazione dell'Autore sono i seguenti: In una grande quantità di casi cronici la temperatura si mantiene normale ed anche sotto del normale (34° C.) e particolarmente si trovano costanti temperature abbassati nelli stadi stazionari (3ª e 4ª serie). La temperatura dei casi febbrili è di raro molto elevata: 40, 2°. C. è la temperatura più alta stata osservata. Manifesto aumento della febbre avviene 2 ore dopo mezzogiorno e una rapida diminuzione a 10 ore la sera, diminuzione che continua notte tempo e discende sino al suo *minimum* (34° C.) verso le sette ore del mattino, per poi raggiungere il grado normale verso le 9 o le 10 ore. L'aumento pomeridiano del calore ed il prossimo decremento è proprio dalla malattia a qualunqee stadio si trovi, benchè non di rado si incontrino delle varietà dipendenti o del rapido progresso o da altre circostanze. Secondo l'Autore questo modo di comportarsi della temperatura e determinato da due fattori: il processo infiammatorio, per il quale sogliono elevarsi le temperature, non che la tendenza al collapso che ha ragione di essere nella indole della malattia,

il primo momento agisce nelle ore pomeridiane col produrre l'aumento della temperatura; il secondo nelle ore in cui avviene l' abbassamento di questa.

Die Kraltwasserbehandlung des Typhus abdominalis; del dott. Schmid. (*La cura del tifo addominale col bagno freddo, dalla clinica medica di Erlangen. Deuts. Arch. f. Klin. med. B.* 14, 2 *hest*).

Vennero trattati col bagno freddo 56 casi; in complesso vennero fatti 1064 bagni. Gli effetti del bagno vennero positivamente constatati in ogni caso e dopo ogni bagno relativamente *a*) al grado dell'abbassamento della temperatura, *b*) alla durata di questi. Come effetto antipiretico positivo viene indicato un abbassamento di temperatura di 0,2° C. della durata di più che un'ora in seguito a un bagno. Fra i 1064 bagni l'effetto antipiretico positivo si verificò 1056 volte; quindi il 99 per 0[0 corrisponde agli effetti positivi e il 0,6 per 0[0 agli effetti negativi.

Venne pure studiata la influenza dell'età, della gravezza dei casi e degli stadi della malattia.

Influenza dell'età e della gravezza della malattia sui gradi di abbassamento della temperatura. — Dei 56 ammalati trattati col bagno 9 erano fanciulli, dei quali 7 erano casi lievi, 2 soli gravi; gli altri 47 erano adulti, dei quali 25 casi lievi, 22 gravi. I risultati vengono così riassunti: nei tifi lievi dei fanciulli gli effetti del bagno furono maggiori, che negli adulti. L'effetto medio nei primi è 2,5°, negli adulti di 2,0°. Però nei fanciulli si verificarono degli effetti minori della media con relativa frequenza, mentre negli adulti se ne verificarono di superiori alla media. Gli effetti medi nel tifo lieve degli adulti stanno fra 2,0° e 2,5°; quelli dei tifi gravi tra 1,5° e 2,0°. Sia nei lievi come nei gravi casi di tifo si ottennero effetti superiori e inferiori alla media indicata.

Influenza dell'età e della gravezza della malattia sulla durata dell'abbassamento della temperatura. — La durata dell'effetto è maggiore nei casi lievi che nei casi gravi; quanto ai casi gravi dei fanciulli, la durata dell'effetto fu maggiore di quelli riscontrati nei casi gravi degli adulti.

Influenza del bagno sul decorso del tifo. — In questo argomento l'osservazione non può produrre nulla di nuovo, perchè solo 2 ammalati lasciarono l'ospitale dopo 5 giorni di malattia. Così pure non può dirsi se la cura del bagno freddo accorcia la durata della convalescenza, perchè in generale gli ammalati vogliono essere dimessi prima che abbiamo interamente ricuperata la salute. La recidiva del tifo si verificò 5 volte sopra 62 casi.

Mortalità. — Che per la cura del tifo col bagno freddo diminuisca la mortalità è fatto oramai generalmente certo. Dei 56 ammalati morirono solo 4 (7,1 per 0[0.

Influenza dello stadio della malattia sulla quantità e durata dell'effetto antipiretico. — Quanto più avvanzata è ia malattia, tanto maggiore è l'effetto del bagno. Nel decorso della 2ª settimana i casi lievi

non possono distinguersi dei casi gravi quanto all'effetto del bagno. Nella 3ª settimana invece si ottiene grande effetto dal bagno, mentre nei casi gravi questo non si raggiunge che in principio della 4ª settimana.

Influenza dei giorni della malattia sulla durata degli effetti del bagno. — Quanto nei casi lievi è più della prima settimana molto maggiore che nei casi gravi. Questa legge può dunque servire alla prognosi. Nei fanciulli però la durata degli effetti è minore che negli adulti.

Influenza del bagno sopra alcuni sintomi del tifo. — a) *Sintomi nervosi.* Anche l'Autore dice di avere constatato effetti benefici del bagno. Imperocchè solo una volta vide ne' suoi ammalati il grave delirio e fu in un caso dove l'abbassmento della temperatura per opera del bagno era assai scarso. Del resto ci assicura che quanto più presto potè incominciarsi la cura del bagno freddo, tanto più breve fu la durata dei sintomi cerebrali. — b) *Apparato circolatorio.* La frequenza del polso, che accompagna sempre l'innalzamento della temperatura del corpo (quantunque non esistano fra queste e quelle proporzionali rapporti) diminuì costantemente e discese fino alle 80 pulsazioni. Si può ammettere come legge che le modificazi del polso stanno in relazione con quella che prova la temperatura. — c) *Apparato respiratorio.* Non venne osservata alcuna influenza del bagno freddo sopra la frequenza e la intensità del catarro polmonare, perchè indipendentemente dal bagno, fu veduto ora esacerbarsi ora diminuire. Altrettanto si dice rispetto al collasso polmonare. Certo è però che mentre il bagno freddo aumenta l'energia degli atti respiratori, così rendono impossibile per lo meno la continuazione del catarro e il continuo decubito supino, con che si allontana la causa della pneumonite lobulare. — d) *Apparato della digestione.* La secchezza della bocca e delle labbra non si presenta quando si continua la cura del bagno; si presenta tutte volte si sospenda la cura. Il meteorismo ed il dolore di ventre furono osservati tre volte prima e dopo il bagno, però non raggiunsero mai molta gravezza. Lievi diarree vennero constatate 15 volte, 8 volte sottanto la diarrea grave ed ostinata. Quanto alla milza non fu osservato che il bagno abbia esercitato qualche influenza. Altrettanto si dica per la cute e l'apparato orinario. In due casi furono accusati dolori ai gastronemi, in due altri al quadricipite femorale e al retto dell'addome. In un solo caso dei 4 sezionati fu scoperta la degenerazione dei muscoli, ma venne giudicata quale effetto della febbre, piuttosto che conseguenza del processo tifoso.

Die Störung des Verdaunugprocesses in der Ruhr; del dott. I. Uffelmann. (*Le alterazioni del processo digestivo nella dissenteria. Ricerche fisio-patologiche. Deut. Arch. f. Klin. med. B.* 14, 2 *Heft.*)

Il materiale che serve di base al presente lavoro venne raccolto durante due epidemie, l'una presentatasi nel 1873 in autunno, l'altra nello estate avanzato del 1872 in Hameln. Il numero complessivo dei casi arriva a 240. In 102 di questi l'Autore ebbe l' opportunità di fare alcune ricerche sopra il liquido orale e specialmente sulla proprietà saccarifi-

cante ; in 41 casi fece delle indagini sulle materie del vomito ed una volta in un ammalato, che aveva una fistola biliare, potè studiare la secrezione della bile nella dissenteria.

L'Autore dice, che dalla osservazione propria è portato a credere, che nella dissenteria il processo della digestione si altera in tutti i casi ad un modo e questo fatto si spiega considerando la diversa gravezza della malattia in generale ed in particolare avendo riguardo alla febbre, a speciali complicazioni ed alla non sempre eguale capacità di reazione delle singole costituzioni. Tuttavia è incontrastabile, che in tutti i casi il processo digestivo si altera considerevolmente. È difficile prendere in esame completamente la lesione del processo digestivo, però è facilissimo l'esame della secrezione del liquido orale, sia dal lato microscopico, sia dal microchimico, sia infine dal lato della sua capacità digestiva.

Nei casi lievissimi, associati a mitissima febbre, la saliva presentasi poco o punto alterata. Nei più gravi invece la sua quantità diminuisce spesso fin dal principio e se la febbre aumenta e raggiunge un alto grado, la bocca si fa asciutta come nei tifosi. Tuttavia anche allora si riesce a raccogliere traccie di saliva. La sua reazione diventa e si mantiene intensamente acida, torbida, più densa e perde il cianuro potassico. I corpuscoli salivali sono ridotti e pochissimi ; all' incontro vi hanno cellule epiteliali, numerosi germi e moltissime granulazioni. Di queste una parte scompaiono trattandole con potassa ed acido acetico, un' altra parte scompare in presenza dell'etere. Sembra che da principio sieno più numerose le granulazioni albuminoidi e più tardi le granulazioni grasse.

Nei casi acutissimi con vivissima febbre e con riduzione estrema della saliva, questa viene a perdere ogni proprietà saccarificante. Negli altri casi acuti, in cui la febbre non arriva a grado sì alto, mantiene la sua caratteristica proprietà solo eccezionalmente. Nei casi di media intensità la quantità della saliva non è gran fatto diminuita, però la sua reazione è quasi sempre acida e conservata la sua azione sull'amido.

La reazione acida della saliva venne constatata nei bambini, negli adulti e nei vecchi e merita menzione che nei primi il potere saccarificante della saliva, purchè la malattia e la febbre non sieno molto intense, si conserva normale.

Lo stadio della malattia ha influenza sulla quantità e qualità della secrezione salivale. Se è lenta l' insorgenza della dissenteria, allora la saliva mostrasi copiosa ed alcalina, punto diversa dalla normale ; col crescere della febbre diventa per quantità minore ed acida. Se la malattia insorge acutamente, in allora per regola generale la saliva diminuisce di quantità ; all'epoca della defervescenza di nuovo aumenta, senza però riprendere la sua reazione alcalina.

Di non lieve momento è il sapere se durante la dissenteria può effettuarsi nello stomaco e nell'intestino la trasformazione dell' amido in zucchero. Dall'esame del vomito e delle materie fecali — in cui si ri-

scontra l'amido, i corpuscoli del sago, ecc., quasi intatti — bisognerebbe dedurre che l'amido non si trasforma, sia perchè tragitta con molta rapidità l'intestino, sia perchè v' incontra umori che hanno una reazione acida.

Quanto al potere digerente dello stomaco, l'Autore dalle osservazioni istituite sui vomiti specialmente nei bambini lattanti, è tratto a conchiudere, che nei casi lievi non avvi alcuna alterazione; nei casi gravi la reazione dello stomaco diventa più acida del normale, ciò malgrado se il bambino sugge il latte e il vomito non si effettua tosto, si può constatare la formazione dei peptoni. Laonde pare che la funzione dello stomaco, malgrado la febbre, non sia sospesa e ciò corrisponda ad un altro fatto, cioè alla scarsa perdita in peso dei lattanti in seguito alla malattia. Tuttavia del presentarsi nelle feci molta quantità di caseina coagulata, bisogna inferirne che v'hanno circostanze, che ne impediscono la digestione. Nei casi più gravi di dissenteria, le materie del vomito nei lattanti si presentarono come fu or ora indicato, solo la reazione acida era più intensa. Nell'ulteriore decorso della malattia, quando ebbe l'esito totale si vide cambiarsi la reazione del vomito e farsi alcalina. (Ommettiamo qui alcune cose note e comuni ad altre malattie — il Relatore).

Resta a dire ciò che riguarda la secrezione biliare. — Una donna sulla cinquantina, da 7 mesi aveva una fistola biliare. Da essa usciva spontaneamente, e meglio sotto la tosse, un liquido bruno, copioso, il quale reagiva nel modo proprio alla bile, se trattato coll'acido nitrico. L' Autore aveva osservato già, che la secrezione della bile nella stessa paziente sospendevasi durante una pneumonite. Ciò avvenne anche quando ammalò di dissenteria e non riapparve la secrezione che quando venuta meno la nuova infermità si risvegliò l'appetito. Però aveva un altro aspetto — il liquido era appena bruniccio; non conteneva che poca bile e modificata e non riacquistò i suoi primitivi caratteri che nel lasso di alcuni giorni. Durante il decorso della pneumonite questi cambiamenti del liquido biliare non vennero osservati.

Ein Fall von geheilter Herzwunde; del dott. Stich. (*Un caso di guarigione di ferita del cuore.* Ivi.).

Un pittore di 43 anni, venutagli a noia la vita, pensò di finirla trafiggendosi il costato con uno stile, che portava seco viaggiando. Il fratello capitato opportunamente, gli estrasse l'arma del petto; dalla ferita sgorgava molto sangue e il suicida, quasi esanime, venne tradotto all'ospitale. Quivi si credette morisse tosto, perchè grave era la perdita sanguigna e la raccolta di sangue nel torace sinistro, non che le alterazioni respiratorie e la estrema eseguità dei polsi. Mentre ancora viveva il paziente si fecero dei tentativi su cadaveri collo stile medesimo adoperato da esso e si arguì che doveva essersi ferita la punta del cuore e trapassato il ventricolo sinistro. Intanto il paziente cominciò a riaversi mentre però si presentavano i sintomi della pericardite ed endocardite, a poco a poco

superò anche questa insorgenza, che fu certamente grave e pericolosa, già stava per essere dimesso dall'ospitale, quando si presentarono i sintomi della pneumonite centrale. Anche questa venne lentamente sì, ma felicemente a guarigione. Per qualche tempo dopo il paziente rimase senza altra molesta insorgenza, quando venne sorpreso da fenomeni di apoplessia (Embolia?) cerebrale in seguito alla quale venne a morte.

Necroscopia. — Enorme ipertrofia del cuore; — resti di mio- ed endocardite all'apice del cuore, grossi trombi all'apice del ventricolo sinistro, totale aderenza del pericardio al cuore e parziale aderenza dello stesso pericardio alla parete toracica. Una cicatrice sotto la papilla mammaria. Dilatazione dell'aorta e dell'arteria polmonale; antichi e recenti infarti polmonari; discreto idrotorace. Cicatrice in alcuni giri cerebrali. Diffusa nefrite. catarro dell'intestino crasso; flemmone gangrenoso di amendue le coscie.

Un secondo caso venne comunicato all'Autore dal prof. Zenker. Un scrittore di 32 anni di Dresda tentò uccidersi con un colpo di pistola.

La palla che era stata diretta sulla regione cardiaca, trapassò una parte del polmone e *senza lacerare il pericardio* era penetrata nel miocardio. Il pericardio per la sua elasticità s'era lasciato distendere dalla palla, che quindi se ne investiva, spingendolo, come di un guanto; s'era fermata tra le muscolature fragili del cuore.

Un terzo caso venne sin dal 1862 communicato da Kussmaul. Un paziente lamentavasi di un dolore, cui indicava nella parte inferiore del collo e che pare gli sia sorto la prima volta cibando un frutto. Il dolore però disparve e l'individuo venne a morte per altra malattia. Alla necroscopia si ritrovò uno spino nella musculatura del ventricolo destro, il quale per alcuni millimetri protrudeva in cavità.

Eigenthümlicher Verlaufeiner (schweren) peripheren Lähmung des Nervus facialis; del dott. Bernhardt. (*Decorso singolare di una paralisi periferica del nervo facciale. — Ivi.*).

In una paralisi reumatica del facciale, già dopo 5 settimane, che s'era stabilita, Bernhardt osservò un appena lieve diminuzione della irritabilità faradica e galvanica dei nervi, mentre nei muscoli era aumentata la irritabilità per la corrente galvanica. Questa osservazione consuona con quella già fatta da Erb, e secondo il giudizio del quale il fatto clinico, ora accennato, avrebbe un significato pronostico favorevole.

Gelenkaffectionen bei den hämorragischen Erkrankungen und einige seltene Vorkommnisse bei denfelben; del dott Scheby-Buch. (*Affezioni articolari nelle malattie emorragiche e alcuni rari modi di presentarsi delle medesime. — Deuth. arch. f. Klin. med.* B. 14, 5 e 6 Heft.).

L'Autore osservò un caso di porpora con affezioni articolari ed avrebbe fatto la diagnosi di peliosi reumatica, se contemporaneamente non si fossero presentate delle emorragie cutanee. Gli Autori non ricordano casi di peliosi reumatica con emorragia, ne' casi di porpora emorragica, con affezioni articolari; o per lo meno se nella letteratura esi-

stono sono diversamente denominati e riconosciuti. Il perchè nel lasso di 41 anni l'Autore raccolse tutti i casi, che gli si presentarono e dall'esame dei medesimi è condotto a credere, che quella forma morbosa emorragica la quale viene detta porpora emorragica è non raramente accompagnata da affezione articolare. La porpora semplice, la emorragica e lo scorbuto sono da alcuni scrittori ritenute quali malattie differenti tra loro; da altri (Oppolzer) giudicata come gradi differenti della medesima malattia. L'Autore è di quest'ultima opinione.

Espone 9 casi di porpora emorragica; fra i quali uno, oltre la emorragia propria della porpora, presentò le alterazioni nelle cavità orali caratteristiche dello scorbuto. In tutti i 9 casi poi riscontro l'affezione articolare. In altri 26 casi della stessa malattia mancò la complicazione articolare. Neppur uno nei primi 9 era associato alla intermittente; in due invece si trovarono le trombosi venose, le quali però furono constatate anche in casi di scorbuto raccolti dallo stesso Autore. — Le emorragie cutanee si presentarono poi contemporaneamente colle trombosi venose, così che può nascere il dubbio, che le prime non altro sieno che un effetto necessario delle seconde. Nella letteratura medica non si trovano fatti relativi a questa coincidenza, ma ad ogni modo non cessano di essere importanti.

L'Autore trae dalla letteratura medica i casi di porpora emorragica coll'affezione articolare per convincere, che questa forma morbosa non è poi tanto rara. Gli scrittori che la descrissero sono: Jutte, Forget, Heme, Dahlerup, Handfield Jones, Fereol ecc.

Brevemente espone poi 17 casi di porpora, che passa sotto il nome di peliosi reumatica, la quale era associata all'affezione articolare ed in proposito l'Autore dice, che nulla giustifica la denominazione di peliosi proposta da Schönlein ed ammessa oramai da tutti i manuali e trattati di medicina pratica; giacchè questa malattia non è altro che una forma di porpora emorragica e propriamente una forma di passaggio tra la semplice e la porpora emorragica. — Del resto anche qualche reputatissimo scrittore (Lebert) ha già espresso in proposito convinzioni analoghe e quelle dell'Autore. — In 21 casi di porpora semplice non trovò l'affezione articolare.

Fra 99 casi di scorbuto si presentò l'affezione articolare 22 volte e le articolazioni più frequentemente prese furono quelle del piede e del ginocchio.

Rispetto alla natura dell'affezione articolare nelle malattie emorragiche sappiamo che in un caso di peliosi reumatica sezionato da Traube fu trovato injezione dalla membrana sinoviale, con aumento e intorbidamento della sinovia. Nello scorbuto, come risulta dai molti reperti fin qui fatti conoscere, vi ha oltre all'aumento ed all'intorbidamento della sinovia anche dal versamento sanguigno. Spesso però nelle articolazioni non sarebbesi riscontrato alcuna anomalia.

Rispetto ai rapporti causali devesi ritenere che come nelle malattie

emorragiche avvengono spandimenti sierosi non solo nella cute, ma anche nelle mucose e nelle sierose, così anche nelle articolazioni devono effettuarsi. Si sa che un grande rapporto passa tra alcuni processi (reumatismo, pioemia) e le articolazioni; ma di più non si può per ora asserire. Però quando si considera che tutti i tessuti, perfino i muscoli, il periostio e le ossa nelle anzi dette malattie possono presentare dei versamenti sanguigni, dire si potrebbe che il non averli nelle articolazioni sarebbe una strana eccezione. — Come si vede che nelle malattie emorragiche le articolazioni più frequenti ad ammalare sono quelle del piede e del ginocchio, così si potrebbe imaginare, che in questa esista una certa predisposizione. E questa, se realmente esiste, non può da altro provenire che dall'essere queste parti incaricate a sostenere il peso tutto del corpo.

Altre malattie ancora, oltre le emorragiche, sogliono trarre in istato di sofferenza le articolazioni: l'eritema papulato, l'eritema nodoso, la scarlattina, il vajolo e la così detta plantaria (malattia che in alcune isole occidentali presentò un carattere epidemico negli anni 1827-1828: consisteva nella tumefazione delle articolazioni e in un esantema diffuso a tutto il corpo di forma nodosa e rossigno od anche bruniccio e che soleva presentarsi alla faccia plantare del piede e alla palmare delle mani, ed altre). — Dopo ciò l'Autore si occupa specialmente della peliosi reumatica, citando le principali opinioni sulla medesima e dimostrando che in fine dei conti questa denominazione è impropria, perchè non è destinata ad indicare fatti particolari.

Behandlung des Scharlachs und anderer infectioser Krankeiten mit nassen Einwihkelungen; di Taylor. (*Cura della scarlattina e di altre malattie d' infezione coll' impacco umido. — Allgem. med. Cent. Zeit.* 1875, e *Mediz. Neuigk.* N. 27).

Taylor immerge una coperta nell'acqua fredda pura, oppure nell'acqua addizionata con 5-10 grammi di polvere di senape, indi vi involge il corpo del paziente, che dopo si involge nuovamente in coperte di lana o lo si copre con cuscini. L'acqua medicata si usa specialmente in principio della malattia, quando è necessario favorire la eruzione oppure moderare i fenomeni nervosi ed eccitare le funzioni generali della circolazione. L'Autore assicura che con questo trattamento ha ottenuto delle guarigioni in molti casi pericolosi. Questa medicazione però non esclude altri interventi terapeutici, cui i medici hanno applicato con utilità; ma deve essere riservata per quei casi nei quali sovrasta il pericolo, che ordinariamente esitano colla morte o danno luogo a gravi successioni morbose.

L' impacco colle lenzuola bagnate nell'acqua medicata serve utilmente anche in altre malattie di infezione, in quanto che favorisce la eliminazione dei virus e l'attività fisiologica del sistema nervoso. Così p. es., Taylor dice che anche nel cholera agisce potentemente nello stadio algido e racconta che due ore dopo l'applicazione di questo impacco, a Liverpool, vide sospendersi i vomiti e le diarree e 6 ore dopo la cute,

da cianotica che era, aveva acquistato un coloramento rosso. — Le frizioni mediante lo spirito di senape non raggiunse, gli effetti che invece sono costanti a manifestarsi dopo l' impacco, del quale la virtù principale consiste nella durata dell'azione sulla cute. Secondo Taylor l' impacco senapato attutisce i dolori, i crampi, non che le affezioni mucose, sottomucose e sierose; quindi consiglia di aggiungere all' acqua che serve per l' impacco soluzioni di cloralio, di morfina, di belladonna, di noce vomica.

Die Ernährung in Krankeiten; del dott. Austin Tlint. (*La nutrizione nelle malattie. Mediz. Neuigh.* N. 30, 1875).

La conoscenza delle leggi che governano la digestione e la nutrizione nell'uomo sano, deve indirizzare la dietetica dell'ammalato. Si deve appunto alle moderne viste fisiologiche ed anatomiche il progresso, che si è dimostrato anche nella dietetica pei malati. Per valutare giustamente l' importanza della nutrizione giova ricordare le ricerche di Chossat e di altri intorno alla inanizione negli animali, da cui appare quanto sia l' impoverimento del sangue, il rapido decrescere del peso del corpo, sì che quando se ne sia perduto 1|5 avviene la morte. Come nella morte per inanizione, può avvenire dell'uomo nelle malattie, quando non possa provvedere ai continui dispendi; la differenza sta solo in ciò, che i sintomi sogliono svilupparsi soltanto più lentamente. Innoltre per rispetto alla nutrizione nella malattia devesi avere riguardo ad un' altra circostanza, per cui alcune parti del corpo per difetto di introduzione di necessari materiali nel sangue deperiscono, mentre altre si conservano discretamente bene nutrite. Così i muscoli per manco di azoto, il tessuto cellulare sottocutaneo per manco di grasso a poco a poco scompajono; il calore animale per difetto di materie carbonate, il cervello per difetto di fosforo ecc. vengono meno. Come il concetto della inanizione è lato, così molti ponno essere i sintomi, che nelle malattie si presentano per diffetti di nutrizione. Devesi bene ponderare la circostanza, che la nutrizione può deperire tanto se il materiale nutritizio non viene introdotto, quanto se anche introdotto non viene digerito nè assimilato.

Le malattie che non colpiscono direttamente il cuore od i polmoni possono non produrre la morte prestamente purchè la nutrizione proceda in misura sufficiente. Solo in quei casi, nei quali la introduzione degli alimenti o la digestione ed assimilazione vengono profondamente alterate, si associano i sintomi della malattia e delle inanizione. Allora la morte avviene per quest'ultima. Ciò che nella pratica per tutta la malattia acquista una grande importanza. — Il primo che abbia riformato il metodo della nutrizione nella malattia fu Graves; lo imitò Stokes, il quale nell'epigrafe mortuaria dettata in morte di Graves usò la frase: *ei nutre la febre.* Dopo tutti, o quasi tutti i medici riformarono il metodo dietetico.

In quali malattie ed a quale scopo si debba far uso della dieta nutritiva, risponde l'Autore: in tutte fatta eccezione del primo stadio

delle malattie acute, quando le evacuazioni sono necessarie. Nelle malattie acute le forze naturali riparatrici vengono tanto più sollevate, quanto meglio assimila il paziente. E ciò vale ancora di più nelle malattie croniche. Tuttavia il medico deve avere presente, che l'ammalato può nutrirsi in quanto può digerire. Per ciò occorre essere prudenti nell'amministrazione della dieta, quantunque si possa dire, che agli ammalati torna più dannoso l'essere digiuni, di quello che un eccesso di dieta. — L'Autore si diffonde in una lunga serie di precetti, tutti quanti rivolti a far sì che nell'organismo non venga mai tolta la possibilità della digestione e dell'assimilazione secondo le sue capacità. Il perchè inculca anche quest'altra massima: seguire con prudenza le inclinazioni dei malati nel far uso di questa o quella sostanza per cibo o per bevande, anche se teoricamente ne pare che sia per tornare dannosa. L'esperienza mostra che molti ammalati si giovano di ciò, che in generale si ritiene controindicato — Nei fanciulli e nei vecchi si presentano assai più facilmente che negli adulti i fenomeni della inanizione. — Nel principio della convalescenza dopo la febbre ed altre malattie acute, si devono preferire i cibi solidi ai liquidi ed in gran parte devonsi assecondare gli appetiti dei pazienti. — È un errore popolare, cui devono combattere i medici, che, per es., certe sostanze alimentari che usano con vantaggio i sani, sieno dannose agli ammalati: si ritiene che, per es., il latte o le uova non sieno da amministrarsi agli ammalati, perchè producono muco e bile; ma ciò è falso. Il medico intelligente innoltre si deve prendere cura come della dieta materiale, così anche della *dieta spirituale*, ed ottenere che il morale del paziente si sostenga, perchè molte cose con ciò si raggiungono meglio che coi medicamenti.

Zur Kenntnis und Behandlung der Tetanie; di F. Simon. (*Contribuzione alla diagnosi e cura della tetania. Dissertaz. inaugural. Breslau.. 1874. — Med. Neuigk. N. 31, 1875*).

Premessa la storia della malattia, tratta dei sintomi di essa, cui caratterizza come un crampo tonico doloroso, che prende contemporaneamente le estremità superiori ed inferiori, decorrendo con intermittenze irregolari. È speciale alla malattia il sintomo già indicato da Trousseau — cioè la possibilità di suscitare il crampo mercè la compressione dei vasi arteriosi della parte, non che l'altro sintoma indicato per la prima volta da Berger — il dolore spontaneo e provocabile dalla pressione sopra alcune apofisi spinose e la possibilità di riprodurre gli spasmi colla irritazione meccanica od elettrica delle medesime.

Per questi sintomi la tetania si distingue: 1. dal vero tetano, al quale è proprio il trisma e lo spasmo degli estensori; 2. dalle nevrosi spastiche in genere; 3. dai crampi isterici, con cui si associano tanti altri fenomeni isterici, non che il tremore dei muscoli presi dallo spasmo; 4. dalla forma convulsiva dell'ergotismo; qui giova assai alla diagnosi il sintomo di Trousseau, di cui sopra.

Per quanto concerne la eziologia l'Autore non porta alcuna nuova

contribuzione. — Rispetto all'anatomia patologica dice essere assai dubbio che nel midollo spinale esistano alterazioni nutritive. — Non si conosce una terapia sicura; la galvanizzazione secondo Berger ed Erb non porta alcun risultato. Il cloralio idrato adempie ad una indicazione sintomatica, del resto giovano il bromuro di potassio, l'arsenico e l' oppio.

Ueber den Verlust des Geruches und Gesmackes; di Hughlings Jackson. (*Sulla perdita dell'olfato e del gusto. The Lancet N. 18, 1875, e med. Neuigk.* N. 32).

Esclusi quei casi, nei quali la perdita dell' olfato dipende da alterazione dei tessuti del naso, questo senso può essere più o meno alterato per affezione dei muscoli e dei nervi. — Nella paralisi della porzione dura del facciale, l'ammalato sente meno gli odori dal lato paralizzato, perchè può aspirare meno. Quando il trigemino è tutto od in parte paralizzato, nella parte lesa avvi perdita dell'olfato, come è attutita la sensibilità della parte, per cui punto o poco avverte l' irritazione dell'ammoniaca, della polvere di pepe, ecc. Nei casi, in cui abbiasi le perdite dell'olfato per altre cause, gli ammalati raccontano che percepiscono la irritazione fatta da queste sostanze. L' alterazione del senso dell'olfato nella paralisi del trigemino si spiega ammettendo che la mucosa si modifichi, precisamente come avviene della mucosa oculare. — La perdita completa e costante dell'olfato è sempre bilaterale; a differenza di quella che avviene nei casi ora menzionati, in cui è unilaterale. — Altrimenti succede invece per il senso del gusto; l'Autore ha sempre constatato la perdita del gusto da un solo lato. Se sono paralizzati amendue i *quinti*, allora solo avvi la paralisi del gusto bilaterale; il che per altro è rarissimo. — Talora avviene pure, che nella paralisi della porzione dura sia perduto il gusto nella parte paralizzata; ma la ricerca deve essere fatta con tali sostanze da impedire l' errore, imperocchè il senso dell'olfato e del gusto stanno tra loro in strettissimi rapporti e si danno sostanze, cui crediamo assaggiare mentre in realtà le fiutiamo. Taluni ammalati si lagnano della perdita del gusto, nei quali con una indagine molto accurata si trova per lo contrario una perdita dell'olfato. — In generale le differenze tra l' olfato ed il gusto sta in ciò, che il primo percepisce la presenza di sostanze fluide ossidanti, che penetrano nel naso; mentre il secondo percepisce soltanto i cristallidi. Noi fiutiamo, per es., gaz solfidrico, il quale ossida facilmente e non l' idrogeno carbonato, perchè su questo l'ossigene non agisce. Però si danno eccezioni.

La perdita dell'olfato è un sintomo di malattia, sino a qui dai medici non sufficentemente valutato. L' anosmia è un sintomo tanto importante come l'amaurosi; e se un ammalato colla perdita della capacità di percepire l'odore ha insieme cefalea e poi gli si presentano dei vomiti o la tendenza al vomito, deve farci sospettare una malattia cerebrale (tumore, sifiloma, ecc.), in vicinanza del nervo olfatorio. Può avvenire, che si stabilisca la neurite dell' olfatorio ed il paziente conti-

nui a percepire bene gli odori, proprio come succede della neurite dell'ottico. Da ciò s'inserisce che l'anosmia può essere prodotta anche da altre cause, oltre la pressione sul nervo olfatorio, come l'amaurosi riunisce altre cause oltre la malattia dei nervi ottici, del *tractus* ottico, dei corpi quadrigemini. — Le sensazioni subbiettive riferibili all'olfato sono precursori dell'accesso epilettico e talora si trovano esprimere l'aura epilettica, molto più frequentemente che non suole avvenire del senso dell'udito.

De Giovanni.

Della volontà come agente terapeutico; pel dott. Jolly. (*Archives générales de médecine*).

M. Jolly fece leggere da M. H. Roger all'Accademia di medicina di Francia una memoria intitolata: *La volontà, considerata come potenza morale e come mezzo terapeutico.* L'Autore dopo un rapido esame della facoltà chiamata *volontà*, prende a considerare la quistione, se essa non potrebbe imporre le sue leggi ai disturbi fisici, e portare certe modificazioni negli stati patologici refrattarii agli altri mezzi terapeutici. Portò l'esempio di certi casi di paralisi, ribelli ad ogni trattamento di cura, che poscia trovandosi gli ammalati in grave pericolo, riebbero istantaneamente l'uso delle loro membra. Mette poi il tic, la corea, la balbuzie, la tosse, l'ipertosse, il nistagmo e l'isteria fra le malattie, in cui la volontà potrebbe intervenire come mezzo potentemente efficace. Soggiunge però che il suo impero sulla sensibilità, fino ad eliderla, agisce sopratutto nei tempi di epidemia, in cui questo mostra veramente tutta la sua potenza; infatti si vedono gli individui più energici e coraggiosi andar esenti dalla malattia.

Delle divisioni della malattia di Brigt; del dott. Lancereaux. (*Arch. gén. de méd.*).

Il sig. Lancereaux fece una comunicazione sulla *malattia di Brigt* al Congresso scientifico di Nantes. Egli propone a questo soggetto la seguente divisione basata sulle forme anatomiche e patologiche: 1° *Nefrite connettiva interstiziale*, che riconosce per causa la gotta, il piombo, gli stringimenti congeniti dell'aorta, le lesioni arteriose; 2° *Nefrite epiteliale* detta *parenchimatosa* in seguito a scarlattina febbri eruttive, difterite e colera; 3° *Degenerazione grassosa, steatosi renale*, che si osserva in seguito all'alcoolismo, la febbre gialla, l'itterizia grave: 4° *Degenerazione amiloide*, che proviene da diverse cachessie.

Esso trova la giustificazione di questa divisione nello studio anatomico e patologico dei casi. Si sa che nei reni i principali tessuti hanno origine differente, cioè l'epitelio dei canalicoli proviene dal foglietto interno, il tessuto vascolare interstiziale dal foglietto medio della blastodermica; il primo serve alla funzione, il secondo alla nutrizione dell'organo. Ciascuno di questi tessuti ha speciali influenze e suscettibilità, essi non s'ammalano nè uniformemente nè simultaneamente, alcune volte è il tessuto interstiziale che si ammala, altre volte

è l'epitelio, cosicchè l'Autore crede la divisione di nefrite in interstiziale ed epiteliale fondamentale.

Della profilassi applicabile agli emigranti contro la febbre gialla; del dott. PEREZ. (*Gazette Médical*).

L'Autore crede che si possono preservare gli emigranti dalla febbre gialla, sottomettendoli, antecedentemente alla traversata, ad una specie di trattamento col caffè o l'arsenico o l'acido fenico. Perez cita le osservazioni di più individui, che dopo essere stati trattati con questo regime ebbero il privilegio dell'immunità completa.

Una emigrante che fu sottoposto a questo trattamento preventivo fu anch'esso affetto da febbre gialla, ma non fu che una malattia abortita, le di cui fasi furono benigne.

Un altro emigrante dopo il trattamento del signor Perez fece un viaggio e dimorò all'Avana senza essere attaccato dalla febbre gialla; ma in un secondo viaggio egli tralasciò di prendere le opportune precauzioni e questa volta fu preso dalla malattia. Un terzo nelle stesse condizioni fu affetto nulla di meno dalla febbre gialla, ma senza nessuna forma di gravità. Altri medicamenti producono la stessa immunità, e sono il mercurio e l'alcool.

Sulla non inoculabilità della tisi; pel dott. METZQUER. (*Gazette Médical*).

L'Autore lesse all'Accademia di medicina a Parigi una seconda memoria sulla non inoculabilità della tisi, in cui sottomette al giudizio dell'accademia 31 esperienze comprovanti, che con materie non tubercolose si possono produrre lesioni identiche a quelle determinate dall'inoculazione dei tubercoli; 13 esperienze comprovanti che questi noduli si riassorbono.

Questo totale di quarantaquattro osservazioni aggiunte alle esperienze citate nella sua prima memoria formano un contingente di 130 osservazioni, che l'Autore dice controllate per la maggior parte dai signori Morel, Michel e Feltz.

L'Autore crede con queste esperienze di aver dimostrato che i noduli prodotti dall'inoculazione possono riassorbirsi e che in effetto nella maggioranza dei casi si riassorbono; e di aver provato, che si possa a volontà produrre le alterazioni polmonali o più generalmente organiche, che a torto si considerarono come tubercolose. È sufficiente, dice, innoculare una materia solida di un volume abbastanza considerevole, facilmente disgregabile, putrida per sè medesima o imbevuta di un liquido putrido. Il sig. Metzquer dopo aver criticato le esperienze di Villemin e le interpretazioni che loro dà l'Autore, conclude in questi termini.

Appoggiandomi sopra più di 130 esperienze, oso affermare che i noduli sviluppatisi in seguito ad inoculazioni non si rassomigliano per nulla ai tubercoli.

1.° Perchè essi nella maggioranza dei casi si riassorbono;

2.° Perchè essi possono essere prodotti coll' innoculazione di sostanze differenti.

3.° Perchè nell'inoculazione della sostanza tubercolosa l'esperienza non dà risultati, che quando la materia impiegata è ad un certo grado di decomposizione.

Dei movimenti e della funzione dello stomaco; pel dott. Leven. (*Gazette Médical*).

L' Autore si propose di dimostrare:

1° Che la funzione dello stomaco non è di peptonizzare le materie azotate;

2° Che, se il succo gastrico può convertire le materie albuminoidi in peptoni, non è nello stomaco, che avviene questa trasformazione;

3° Che lo stomaco non ha per funzione che di immagazzinare gli alimenti, di spingerli negl'intestini allo stato naturale, se essi sono divisi, come il latte e le uova crude; se al contrario non sono divise, come, per esempio, la carne, esso è incaricato di dividerle e poi cacciarle nell'intestino;

4° Che non è esatto il dire che la sola azione delle fibre muscolari sia di mettere gli alimenti in contatto col succo gastrico.

Dopo aver riassunto le numerose esperienze che egli fece sui cani, l'Autore crede di poter venire alle seguenti conclusioni:

« Il latte e le uova crude non restano nello stomaco, essi ne sono scacciati senza alcuna modificazione.

« Se la carne vi soggiorna più ore, è che ella è compatta; essa non ne può sortire che ridotta; noi abbiamo riconosciuto che essa arriva nell'intestino non trasformata. La riduzione, la divisione della carne è dovuta alla bile, al succo gastrico ed alla membrana muscolare. Il succo gastrico facilita l'azione di questa membrana.

« Se, nella teoria attuale, l'azione della muscolosa non è considerata che come secondaria, si è che gli esperimentatori si erano messi in cattiva condizione per bene vederla funzionare. Se essi accordarono al succo gastrico un azione essenziale, fu, che non conoscendo che una parte del soggetto, essi esagerarono l'importanza di quello che avevano studiato.

« Giammai essi non poterono ritrovare nello stomaco i peptoni, che lo stomaco è accusato di fare.

« La loro teoria non è fondata che sopra ipotesi.

« Che il succo gastrico, di cui sono impegnate le fibrille della carne, contribuisca a peptonizzarle nell'intestino insieme agli altri liquidi digestivi che vi si versano, è molto probabile.

« Ma nello stomaco il succo gastrico colla membrana muscolare fanno per gli elementi non divisi ciò, che fa il chimico quando vuole agire sopra una sostanza qualunque; essi la triturano ed allora negli intestini i liquidi segreti dal pancreas e dal fegato potranno agire chimicamente sopra di essi.

Nota sopra un caso di morte improvvisa per sincope, avvenuta tre quarti d'ora dopo la toracentesi, fatta con un apparecchio aspiratore, per una pleurite d'origine traumatica, e riflessioni sul meccanismo per cui avvenne la morte; per il dott. A. Legroux (*Union Médicale*).

Il sig. Legroux accenna che la morte sopravvenuta nel corso di spandimenti pleuritici e di quelli sopratutto, che occupano la parte sinistra, fu osservata di frequente e che la prognosi di una fine così fatale fu sempre d'un gran peso nelle indicazioni d'un intervento operatorio. Questa terribile prospettiva, dice, ci impone l'obbligo di eliminare colla puntura uno spandimento considerevole, che minaccia ad ogni istante la vita del paziente. Soggiunge poi che se le osservazioni su tale argomento sono rare, ciò è dovuto probabilmente alla riserva, in cui si tengono alcuni pratici a pubblicare i loro casi infelici.

Nel caso del dott. Legroux si tratta di un detenuto alla Roquette, il quale mentre lavorava in cucina, cadde sopra una grande pentola, riportando una forte contusione al lato sinistro del torace, senza nessuna traccia di frattura delle coste. Dopo due settimane di degenza nell'infermeria l'ammalato potè riprendere il suo lavoro, ma in capo a 15 giorni fu preso da un forte dolore al punto antecedentemente offeso, accompagnato da tosse dolorosissima, accusando di sentire come un senso di scroscio alla parte. L'esame del torace dava: ampliazione totale della parte sinistra del torace; scomparsa degli spazii intercostali; ottusità assoluta dall'alto in basso, dall'avanti all'indietro, mentre si aveva in certi momenti alla palpazione, di dietro ed alla parte laterale, persistenza delle vibrazioni toraciche (fatto che meravigliò l'Autore); soffio intenso al livello dell'ilo polmonale; abolizione della respirazione in tutto il resto del torace; egofonia marcatissima. Il cuore è traslocato di 5 cent., la punta batte al livello del margine sinistro dello sterno e l'epigastrio è sollevato ed abbassato ad ogni rivoluzione del cuore; la respirazione a destra deficiente; il polso rapido, piccolo, depressibile.

L'ammalato è quasi sempre seduto, e quando prende la posizione orrizzontale, ove ben poco si mantiene, decombe sul lato sinistro; è in preda a grave dispnea e ad incipiente cianosi.

Dopo aver provato, durante 24 ore, un trattamento medicale basato sull'impiego della digitale e dei drastici, che portò un miglioramento fuggitivo o quasi nulla, si trovò urgente, e con ragione, di ricorrere alla toracentesi. Questa fu praticata col trequarti capillare N. 2 dell'apparecchio Potain con aspirazione e si compì senza nessun accidente. Dopo l'estrazione di 2000 grammi di liquido citrino, l'ammalato cominciò ad essere preso da quella tosse, che si osserva sovente nelle punture del torace e che indica lo spiegamento del polmone compresso. Legroux credette dovere di estrarre la cannula.

La risonanza ritornò nelle parti superiori, l'ascoltazione dava il ritorno della respirazione nei due terzi superiori del polmone sinistro.

Il cuore era ritornato al suo posto. Questo succedeva alle 11 ore antimeridiane.

L'ammalato continuò a tossire per un quarto d'ora, fece tre o quattro sputi schiumosi di color bianco roseo, la tosse quindi cessò. L'ammalato cominciò a parlare coi vicini, ai quali diceva di sentirsi meglio, esso era assiso sul suo letto. Il sig. Legroux lo lasciò in questa posizione completamente rassicurato sul suo conto. Ma dopo che fu partito, tre quarti d'ora dopo la puntura, mentre l'operato aveva domandato da bere, all'improvviso esclamò: Ah! io mi sento venir meno! arrovesciò la testa sul guanciale e cessò di respirare.

L'autopsia fatta 40 ore dopo la morte non fornì all'Autore nessuna spiegazione di questo accidente improvviso. Nella cavità toracica sinistra trovò 2 litri di sierosità, la pleura coperta su tutta la sua superficie di false membrane più o meno spesse. fibrinose, poco resistenti. Il polmone sano e non gangrenato, ritratto verso la colonna vertebrale e grosso come un pugno di un uomo robusto, era, per due lunghe striscie, a stallattiti, di parenchima polmonale, che partivano dall'angolo anteriore ed inferiore di ciascuna parte, aderente alla 5ª, 6ª, 7ª, costa e così intimamente, che il bistorì solo potè separarle; al livello di queste aderenze esistevano tre fratture già antiche. Il polmone destro un pò congesto, con aderenze filamentose tra gli spazii interlobulari, esente da tubercoli.

Il pericardio conteneva un bicchiere di sierosità. Il cuore stirato leggermente a destra, sano, le cavità assolutamente vuote di grumi, le valvole un pò ispessite sul loro bordo senza vegetazioni. I vasi polmonali nell'uno e nell' altro polmone non offersero alcuna traccia di ostruzione.

Le meningi erano sane e pallide.

Il cervello rammollito per la putrefazione era piuttosto pallido che congesto, i suoi vasi perfettamente liberi, senza ateroma. Solo il 4° ventricolo parve all'Autore un pò congesto ed aveva un aspetto ardesiaco con sviluppo varicoso dei vasi superficiali, che furono descritti in qualche autopsia di diabetici. Le orine non contennero mai zucchero od albumina.

L'Autore dopo aver accennato che dall'autopsia non potè riconoscere una causa della morte istantanea, non dubita che l' ammalato sia morto per sincope in causa della rapida eliminazione del liquido della cavità toracica. Dopo varie considerazioni sul modo con cui avvenne la morte, viene alle seguenti conclusioni:

1° Che la morte istantanea, frequente nelle pleuriti con versamento abbondante è ancora più da aspettarsi quando si sia praticata la toracentesi e che si sia levato molto liquido;

2° Che questa morte istantanea può essere prodotta in certi casi da una sincope;

3° Che l'evacuazione totale della pleura non si deve fare che con lentezza e piuttosto in due volte che in una;

4° Che l'apparecchio aspiratore può essere incolpato di avere una qualche parte in questo accidente;

5° Infine che bisogna sorvegliare l'ammalato operato per riparare i minimi sintomi di sincope, cogli stimolanti e la posizione orizzontale ecc.

Aneurisma dell' aorta; obliterazione della suclavia sinistra, insufficienza aortica, arterite di tutta l'aorta toracica; pel dott. C. Rèmy. (*Progrès Méd.* 4 *décem.* 1875).

Si tratta di una donna di 46 anni, senza alcun antecedente ereditario e senza alcuna pregressa malattia; nel mese di novembre 1874 fu presa da dolore al lato sinistro del collo accompagnato da deviazione, come succede nel torcicollo. Questo dolore si estese poi alla spalla ed al braccio con impedimento ai movimenti. Dopo tre mesi tosse con alterazione della voce, diventata bitonale.

L'ammalata ha il sonno interrotto da accessi di soffocazione, con dolore alla regione sternale e costale anteriore destra. Disfagia leggera, sente gli alimenti fermarsi nell'esofago. Menstruazione regolare. Acne rosacea alla faccia.

La punta del cuore batte al 6° spazio intercostale: 1° tono rimpiazzato da un rullo più intenso alla base, il 2° trasformato in rumore di soffio aspro estendentesi a tutta l'altezza dello sterno. Polso di Corrigan all' arteria radiale destra, quasi insensibile il sinistro; ambidue indicati nettamente dal sfigmografo.

La regione sotto clavicolare è sollevata dalle pulsazioni arteriose.

Ai polmoni, a destra ed a sinistra posteriormente in tutto l'ambito, il murmure vescicolare è rimpiazzato da un suono come di cornamusa; dalle due parti i toni cardiaci risonanti e spiccati al livello del fegato.

Le corde vocali all'esame laringoscopico sono intatte.

Questo stato della paziente, con varie intermittenze, andò sempre peggiorando fino al 20 maggio, in cui si ha ortopnea fortissima, pallore del viso, labbra cianotiche, sudori freddi. Respirazione difficilissima, l'ammalata può appena articolare parola, espettora con grandissima difficoltà le mucosità, che le ostruiscono i bronchi. Tosse afona, e depressione a livello degli ipocondrii nell'inspirazione.

Dopo un'apparenza di miglioramento, muore sotto un'accesso di soffocazione il 23 maggio.

All'autopsia si trovò il cuore sinistro mediocremente ipertrofico, valvola mitrale normale, valvole aortiche spesse, retratte, insufficienza apprezzabile coll'esperienza dell'acqua.

L'aorta è alterata dalle valvole fino a due centimetri dal tronco celiaco. Presenta una dilatazione totale del suo lume, con diversi sacchi aneurismatici. L'alterazione sta sopratutto nella tonaca interna,

che è spessa, ineguale in un punto vicino al tronco della celiaca: le due tonache esterne sono confuse e formano una sottile membrana trasparente come cartapecora. Gli orifici aortici sono alterati, il tronco brachio-cefalico dilatato e la parete spessa; carotide sinistra intatta, la succlavia sinistra dilatata alla sua origine, ma a due centimetri è chiusa da un grumo aderentissimo.

Fra l'orificio della succlavia e della carotide, un po' all'indietro, si vede un altro orificio a bordi irregolari di un diametro di 4 centimetri, che comunica con una cavità, che potrebbe contenere una grossa castagna. Questo tumore ha le pareti spesse parecchi centimetri, costituite da grumi stratificati in epoche successive. Sviluppato sulla parte laterale destra dell'aorta ed un po' indietro, aderisce sì intimamente alla colonna vertebrale, che bisogna romperla. Esso comprime ed appiattisce la trachea, comprime l'esofago, e devia a destra il primo di questi organi, a sinistra il secondo e cammina fra l'uno e l'altro.

Nelle ultime ramificazioni bronchiali a destra si hanno piccoli cilindri fibrinosi, nulla a sinistra; edema al polmone destro, nulla al sinistro. Fegato sano, la vescicola biliare contiene un calcolo; vuota di bile; milza grossa ed ipertrofica.

Utero voluminoso; polipo fibroso della grossezza di una grossa castagna, che fa salienza nella cavità ipertrofica delle pareti uterine; idropisia d elle trombe Falloppiane, che sono aderenti alle ovaie.

Vertigine di Ménière guarita col solfato di chinino; del dottor Charcot. (*Progrés Méd.*).

L'Autore nella sua conferenza trattò della vertigine di Ménière e descrisse un bel esempio in un suo ammalato, che aveva in clinica già da diversi anni, nelle condizioni cioè, in cui si trovava quando vi entrò, confinato letteralmente a letto sotto il peso di uno stato vertiginoso per così dire permanente e nell' impossibilità di eseguire spontaneamente qualsiasi piccolo movimento. I minimi movimenti comunicati al letto, esasperavano al sommo grado la sensazione vertiginosa, manifestantesi per l'ansietà profonda dipinta sul viso del paziente e le strazianti grida che emetteva, massime quando lo si doveva trasportare. Abitualmente questo stato vertiginoso era accompagnato da un forte sussurro (bruissement) incessante alle orecchie, fatto secondo l'Autore sintomatico fondamentale della malattia di Ménière.

Gli accessi erano sempre annunciati ed immediatamente preceduti da una sensazione di un suono acuto, penetrante e che sopraveniva improvvisamente, e che in altri ammalati del medesimo genere simula il fischio di una locomotiva.

L'Autore considera questo brusco fischio come uno degli elementi costantemente necessarii e per conseguenza come un carattere della *vertigo ab aure læsa*, e cita come il nostro prof. Lussana in una serie di articoli abbia confermato questo punto, che interessa nello stesso tempo la clinica e la fisiologia patologica.

Attualmente l'ammalato si può tener ritto in piedi e camminare senza ajuto, passa tutta la giornata tranquillamente seduto sopra una poltrona e può subire senza molta emozione tutte le scosse che gli si possono imprimere per curiosità. Ma Charcot dopo aver esposto che alcune vertigini ab aure læsa, anche le più inveterate, possono guarire spontaneamente, lasciando l'ammalato irreparabilmente affatto sordo, dice che avrebbe voluto provocare questo risultato per mezzo dell'intervento chirurgico, o anche coll' impiego delle punte arroventate alle apofisi mastoidee, ma che però il mezzo da lui adoperato in questo caso fu abbastanza semplice quanto radicale.

Pensando che il solfato di chinino determina, come ognun lo sa, fra gli altri fenomeni, dei rumori e stordimenti alle orecchie più o meno accentuati e che impiegandone forti dosi, tali da produrre delle modificazioni durature nella funzione del nervo uditivo, si sarebbe potuto ottenere lo stesso scopo fece prendere al suo ammalato il solfato di chinino alla dose di 0,50 centigrammi ad un grammo per giorno, per circa tre mesi.

Infatti il risultato giustificò le sue previsioni. — Dopo circa cinque settimane dal principio della cura, l' ammalato potè essere mosso nel suo letto, trasportato in un letto all'altro senza emettere le grida di prima. Interrogato, disse che i fischii avevano verso la medesima epoca diminuito di intensità, per poi cessare completamente. Il sussurro permanente era rimpiazzato da un altro rumore, tutto differente nel suo carattere e che sembrava quello del chinino. Incoraggiato da questi primi risultati, fece alzare il paziente e gli fece fare due o tre passi sorretto da due infermieri. Fece ripetere ed aumentare giornalmente questo esercizio. In breve la guarigione si fece quasi completa, ora cammina come un uomo sano senza altro ajuto, che un bastone. Si sospese il chinino e l'ammalato è nè più nè meno sordo di prima.

Ascite antica curata e guarita coll' injezione jodata; peritonite consecutiva trattata col ghiaccio; pel dott. Boucaud. (*Lyon Méd.*).

L' Autore fece diagnosi di ascite essenziale in una giovane di 27 anni, che fino dai 12 anni senza alcuna causa traumatica le si era gonfiato il ventre, accompagnata da leggeri dolori di ventre. Ella aveva già subito tre punture, che diedero uscita ed un liquido giallo, trasparente. Questa donna gode di buona salute ed il suo ventre misura $1^m.10$ circa. Cuore, polmoni e reni intatti. Utero libero, evacuità del cul di sacco vaginale.

Dopo aver provato senza successo il joduro, i vescicatorii sul ventre ed i purganti, l'Autore prese il seguente partito;

1. Evacuare la quantità più grande possibile di liquido;

2. Dopo questa evacuazione esplorare l'addome. In caso di tumore pelvico, inviare l'ammalato in chirurgia, ed in caso d'assenza di ap-

prezzabile tumore, praticare l'injezione jodata. Fece la puntura ed estrasse più litri di liquido sieroso un po' giallo ma trasparente.

Non constatò alcun tumore e fece l'injezione di 1[2 litro di tintura jodica, allungata con acqua tiepida. L'injezione fu fatta lentamente, cambiando direzione ad ogni istante all'istrumento e facendo maneggi, affinchè il liquido toccasse maggior superficie dell'addome. L'ammalata accusò dolori colici insopportabili durante l'injezione, i quali continuarono, ed alla sera soggiunse vomito, singhiozzo e gonfiezza. Attraverso le pareti, troppo sensibili per essere palpate, si vedevano disegnarsi delle salienze globose, prodotte dalla contrazione del colon. Si posero sul ventre due vesciche semipiene di una mistura frigorifica. Ghiaccio e limonate gazzose furono somministrate contro la sete.

Dopo 5 giorni di questa cura sopravenne la calma ed ebbero luogo diverse evacuazioni alvine. Si soppresse il ghiaccio e si rimpiazzò con unzioni di unguento mercuriale e belladonna. Due giorni dopo leggera salivazione, si fasciò il ventre che misurava solo $0^m.93$. Dopo 14 giorni dall'injezione discese a $0^m.91$, dopo 21 a $0^m.86$. L'ammalata si alza mangia e dorme, dopo tre giorni di convalescenza sorte dall'ospedale e vista alcuni mesi dopo, la circonferenza del suo ventre non misurava più che $0^m.79$.

Morte improvvisa dopo la toracentesi, prodotta da emorragia dell'arteria gastro-epiploica destra con ulcera perforante del duodeno, rimasta latente durante la vita; pel dott. Libermann. (*Bulletin Gén. de Therapeutique Méd. et Chir.*).

L'Autore lesse alla società degli Ospedali un' osservazione coll'appoggio di pezzi anatomici, la quale prova che la morte subito dopo la toracentesi può dipendere di cause tutt'affatto indipendenti da questa operazione e non essere altro che una semplice coincidenza.

Un soldato di 24 anni, di mediocre costituzione, che non fu mai ammalato, entrò all'ospedale di Gros-Caillon con tutti i sintomi di uno spandimento pleurico a destra. La palpazione dell' addome praticata con diligenza, rassicura delle condizioni del fegato ed è assolutamente trattabile e senza dolori.

Il versamento non si modifica coi vescicatorii; il dott. Libermann pratica una puntura coll' apparecchio Dieulafoy. Dopo cinque giorni essendosi riprodotto il liquido, ne pratica un' altra; una terza dopo otto giorni con 1800 grammi di un liquido tutt'affatto purulento. L'ammalato subisce ancora un certo numero di punture successive, che gli producono grande sollievo. Non accusa mai dolori al ventre. Mezz'ora dopo l'ottava puntura l'ammalato è preso da una gran voglia di andar di corpo, lo si solleva e lo si sostiene sopra il vaso; quando improvvisamente impallidisce e casca morto dopo aver emesso due bicchieri di un liquido siero-sanguinolento.

Dapprima l'Autore credette la morte ad una sincope. L'autopsia praticata con grande diligenza non rilevò alcun disordine locale dalle

punture. Un ulcera del duodeno interessante tutta la parete intestinale e riposante sul pancreas; l'arteria gastro-epiploica destra presenta anch'essa un' ulcerazione della lunghezza di circa un 1[2 millimetro.

Conclude l'Autore che nei casi di morte subito dopo la toracentesi si dovranno anche ricercare le lesioni che possono produrre la morte per una causa tutt'affatto estranea alla toracentesi, quali sono la congestione polmonare, l'asfissia lenta, un'embolia ecc.

L' isteria nell'uomo; per il dott. Rochet. (*Gazette méd. de Paris*, 4 décembre).

L' isteria nettamente caratterizzata è rara nell'uomo, e tanto rara che è stata da qualche autore persino messa in dubbio.

È un giovane di 18 anni circa, pallido, magro, che non ebbe precedentemente mai convulsioni, e che godette sempre buona salute. Esso viene preso da convulsioni violenti ed irregolari, agita braccia e gambe in tutte le direzioni, lo si mette a sedere ed esso si caccia bruscamente indietro, ha gli occhi aperti e fissi; non ha schiuma alla bocca, ma la mascella inferiore è serrata come nel trisma. Dopo alcuni momenti di calma l'ammalato getta un grido gutturale, che è l'annuncio di un nuovo accesso, egli s'attacca con forza a tutto ciò che lo contorna e stringe con forza le braccia e le mani di quelli che gli stanno vicino. La perdita della conoscenza è completa; analgesia su tutta l'estensione del corpo, come pure della congiuntiva, della mucosa delle fosse nasali e della lingua.

La respirazione è accelerata, il polso segna 70. Questo stato durò la prima volta circa cinque ore ed il dott. Rochet vi pose fine colle inalazioni di etere. A questi accessi succede un profondo sonno, ed allo svegliarsi non ha nessuna ricordanza di ciò, che gli è avvenuto. Due giorni prima dell'accesso ebbe inappetenza e vomito ed il giorno avanti fu esposto per molto tempo agli ardori del sole. Da irregolari, gli accessi si fanno poi regolari dopo tre o quattro giorni; essi si succedono di due in due ore e non durano mai più di trenta minuti. L'ammalato si lagna di una sensazione dolorosa, quella cioè di bolo che va dal ventre alla gola, accusa pure senso di strangolamento e dolori ai due lati dell'addome.

Il dott. Rochet non esita in presenza a questi fenomeni a stabilire, anche dietro parere del dott. Legrand du Saulle chiamato a consulto, la diagnosi di isteria, escludendo formalmente ogni altra affezione; quindi intraprese una cura antinervosa, ma la nevrosi fece il suo corso, anzi vi si aggiunsero sintomi di sonnambulismo, e di catalessia. L'ammalato mangia, beve, passeggia sempre addormentato, ma predominando questi, gli accessi si fanno meno intensi, l'ammalato si dibatte bensì ancora, ma in tali condizioni, che non occorre più contenerlo; il miglioramento si fa sensibile e progressivo, al punto tale che non ebbe che una recrudescenza per un litigio avuto con una persona,

ma inviato alla compagna in breve se ne ebbe la guarigione per fetta.

L'Autore a sostegno poi della sua diagnosi in confronto delle diagnosi di epilessia fatta da un altro dottore, sul medesimo ammalato viene a diverse conclusioni, di cui accenneremo le principali.

Sovente la potenza della volontà fu sufficente a rallentare l'invasione dell'accesso, l'epilettico invece casca improvvisamente senza che l'accesso possa essere ritardato d'un secondo.

Gli accessi erano sempre accompagnati dal senso di costrizione alla gola e del globo isterico.

Gli accessi erano molto più frequenti di notte che di giorno, tutto al contrario dell'epilessia.

I movimenti convulsivi erano estesi, rapidi, facili sì nell'estensione che nella flessione e sempre eguali da ciascuna parte, invece nell'epilettico i movimenti sono limitati, rigidi e unilaterali.

La fisonomia non fu mai alterata, eccetto che colla rapidità della scintilla elettrica i lineamenti un pò contratti e gli occhi un pò divergenti.

Non vi fu mai schiuma alla bocca.

La durata degli accessi fu quasi sempre di una mezz'ora, invece nell'epilessia non durano che due minuti al più.

Si vide spesso la catalessia, il sonnambulismo e l'estasi esistere coll'isteria, ma giammai coll'epilessia.

Inoltre l'ammalato in questione non ebbe mai emissione involontaria d'orina.

La causa sarebbe pel consulente l'insolazione, ma l'Autore non sarebbe alieno d'aggiungervi anche l'onanismo, benchè il giovane lo abbia assicurato di non aver mai abusato.

Diverse medicine furono adoperate, e tutte avevano per base gli antispasmodici ed infine il bromuro di potassio alla dose di 10-15 grammi per giorno, senza che si manifestassero sintomi di bromismo. Furono pure adoperate doccie e pioggie, passeggiate frequenti e prolungate MAZZA.

Trattamento della diarrea della febbre tifoide; pel dott. GIORGIO JOHNSON. (*Practitioner*, January 1875).

Per non avere la diarrea soverchia nel tifo conviene astenersi dell'abuso delle droghe in genere, le quali non fanno spesso che irritare il tubo gastro-enterico. Di qui bevande rifrescative appena colorate con un pò di siroppo, piccole dosi di cloralio nel bisogno, tonici nella convalescenza, latte, brodi concentrati con due rossi di uovo, sono il nutrimento del paziente nelle 24 ore, e l'acquavite o l'alcool si amministrano solo in relazione alla maggiore o minore adinamia, specialmente nei periodi avanzati della malattia, cercando, come avviene nei fanciulli, di evitarli se è possibile. L'Autore ha abbandonato la pratica di amministrare gli acidi minerali, perchè irritando la mucosa intesti-

nale ulcerata, diventano essi stessi causa della diarrea: infatti è ora indiscutibile che durante la convalescenza bisogna ritornare se non con esagerata prudenza all'uso degli alimenti solidi, onde non avere la riaccensione della febbre e con essa l'esacerbazione di tutti i sintomi e specialmente della diarrea. Convien quindi nutrire il paziente per un tempo determinato, a seconda della gravezza o meno della malattia, col semplice latte, il quale, contenendo gli elementi necessari alla nutrizione dei tessuti, è anche di facile digestione. L'Autore si loda assai della dieta lattea esclusiva in molte malattie, e solo lamenta come per essa l'intestino si renda facilmente stitico: epperò la diarrea nella febbre tifoide trova nel latte un eccellente antidoto. Ecco alcuni dati statistici: in 9 mesi ebbe a curare 15 tifoidi e 14 tifi: nessun decesso, ma guarigione completa mediante la cura sopra indicata, e in un sol caso si dovette ricorrere all'oppio per calmare la grave irritazione intestinale.

Trattamento del reumatismo acuto; pel dott. Dowse. (*Brit. Med. Jour.* Jan. 1875).

Due sono gli obbiettivi del medico nella cura del reumatismo articolare acuto, trovare, cioè, la via più opportuna per eliminare i prodotti acidi, e diminuire e togliere il dolore; quando la pelle elimina i principi acidi, diminuiti sono i dolori, e domata la febbre, non vi è più ragione di temere una qualunque complicazione cardiaca. A raggiungere il proprio intento l'Autore fa coprire il letto con lenzuola di gomma elastica e sopra questi vi adagia una coperta di lana previamente immersa nell'acqua bollente e poi ben spremuta colla torsione. Si avvolge infine il paziente in quest'ultima e lo si copre nuovamente coi sei lembi laterali di coperte di lana ben asciutte: la temperatura tosto si eleva e sopravengono sudori profusi: dapprima, se fa bisogno, si amministra un pò di acquavite, di poi acqua e latte riscaldato. Questo trattamento si deve ripetere per tre giorni consecutivi e precisamente per 6 ore nel primo giorno, per quattro nel secondo e per due nel terzo; dopo il primo impacco il paziente è quasi libero da ogni dolore ed al secondo lo è completamente, mentre al terzo ogni odore acre di solito è scomparso. Oltre al diminuire dei dolori ed all'allontanamento dei principi acri, la febbre diminuisce, le orine si fanno più abbondanti, l'urea diminuisce in quantità, e ben difficilmente ricompajono i dolori articolari. Alla bontà del metodo si deve però anteporre la giusta indicazione, e dovrà tralasciarsi ogni qual volta il paziente è già affetto da insufficienza aortica, quando vi è già raccolta sierosa nel pericardio o la temperatura oltrepassa i 104° Far. (40 C.), quando la cute è urente, secca, senza nessuna tendenza al sudore, e finalmente quando il paziente ha un temperamento di soverchio nervoso, o trattandosi di donna, quando questa è in stato di gestazione. Durante l'impacco. due fatti devonsi esattamente osservare: 1.° se dopo due o tre ore il paziente è inquieto e la cute ancor

secca o se la temperatura eccede i 105° Far. (40 1[2 C.) conviene sospendere il trattamento. 2.° Se la temperatura non si eleva e il paziente non suda copiosamente, si amministri di ora in ora da mezza ad un oncia di acquavite nell'acqua e latte caldo.

Questo metodo venne adoperato dalll'Autore anche in casi di reumatismo con soffio alla mitrale o pleuro-pneumonia: non amministra cibo solido che dopo il terzo impacco e preferisce i tonici vegetali e soluzioni di acetato di ammoniaca al chinino e agli alcali a larghe dosi.

Nei casi ribelli, con febbre alta e tendenza al delirio, applica la vescica di ghiaccio, espone il corpo ad una corrente di aria fredda e fa lozioni con una miscela di una parte di spirito e due di acqua sulla cute, fino a che la temperatura si abbassa; chiude appunto la sua memoria l'Autore colla storia clinica di un giovanetto, che ridotto alle suddette condizioni, mediante la vescica di ghiaccio al capo e le suddette lozioni potè ottenere in soli 20 minuti, un abbassamento di temperatura, nientemeno che di 3°,2 (!?)

Di un caso di leucemia, e dell'analisi di altri 16 casi per rapporto all'anatomia patologica; di A. Mursick. (*The Amer. Journ. of the Med. Scienc.*).

Virchow distingue due forme di leucemia, la splenica e la linfatica, e nota come amendue possono trovarsi abbastanza di frequente combinate nello stesso individuo, come è il seguente caso narrato dall' Autore, che invano si oppose al progresso della malattia nel suo paziente. Si tratta di un giovane di 21 anni, la di cui madre morì di tisi polmonare, e il padre è ancora vivente e gode di perfetta salute. Non molto robusto, nell' infanzia all' epoca della pubertà pare ammalasse di polmonia, di cui felicemente guarì: alla prima visita del giugno 1874, l' Autore rilevò all' ispezione asimmetria scheletrica, stante che la metà sinistra dello scheletro era palesemente più piccola della destra. Le ossa lunghe delle estremità superiori ed inferiori di sinistra erano più corte di 3[4 di pollice di quelli di destra e molto più sottili: alla fine dell'anno 1871 le ghiandole a destra del collo incominciarono a ingrandire fino a tanto che vennero ad occupare tutto il lato destro del collo e il cavo ascellare corrispondente: le ghiandole cervicali ingrandirono sei mesi dopo ed ora hanno raggiunto il volume di una noce, comparve poco a poco il tumore di milza tanto da arrivare fin quasi all'ombellico e far prominenza sotto il margine delle ultime coste. Obbligato a letto era diminuito di peso di 25 pesi dall'anno precedente, fisonomia pallida e scialba, profondamente anemico: tuttavia l'appetito è buono, deboli le forze, di tanto in tanto parossismi febbrili, lievi sudori notturni, nessuna effusione pleurica, polmoni risonanti, una volta epistassi. Corpuscoli bianchi del sangue di molto accresciuti in numero, globuli rossi palesemente diminuiti e all'apparenza raggrinzati. Con ciò veniva stabilmente fatta la diagnosi

e si intraprendeva la cura coll'joduro di potassio: in 15 giorni i tumori ghiandolari erano sensibilmente diminuiti di volume e così la milza; le forze erano però deboli assai per quanto l'appettito fosse ancor buono, e i dolori nevralgici debellati col solfato di morfina. Cinque giorni dopo col decrescere ancora dei tumori ghiandolari e splenico compajono segni di jodismo con abbondante eruzione cutanea, tantochè, ridotte le dosi dell'joduro, si amministrano contemporaneamente due pillole di Blancard al giorno e piccole dosi di canape indiana. I dolori addominali però ed alla regione splenica continuano a farsi sentire, alla febbre si associa la insonnia e la diarrea, poi l'ascite, i sudori copiosi specialmente al lato sinistro del corpo, i lievi edemi alle estremità; l'appetito è ancor buono, ma l'emaciazione progredisce rapidamente. Finalmente l'anasarca è completo, l'ascite rilevante, grave l'ambascia per questa ultima e per l'edema polmonare, abbondante la diarrea, sopore, coma e morte. Sfortunatamente non venne permessa la autopsia, ma l'Autore quasi a compenso, nello scopo di determinare la frequenza delle lesioni viscerali in questa malattia, raccolse dall'analisi di altri 16 casi di leucemia narrati da valenti osservatori i fatti seguenti:

Sangue. — In tutti i casi si trovò aumento numerico dei globuli bianchi e loro aumento anche di volume, diminuzione reale del numero dei globuli rossi in quasi tutti i casi.

Milza. — In quindici casi si ebbe a notare il tumore splenico da iperplasie del suo connettivo e solo in pochi casi si trovò la milza anche rammollita.

Ghiandole linfatiche. — D'ambo i lati, al collo, alle ascelle e all'addome solo in nove casi si notarono ingrandite, iperplasia del tessuto ghiandolare con ipergenesi delle cellule linfoidi. In tre casi si trovarono anche depositi di pimmento.

Fegato. — Più o meno aumentato di volume in 10 casi, ciò che per lo più è attribuito dai singoli autori semplice ipertrofia della ghiandola, e secondo alcuni iperplasia del suo connettivo.

Idropisia. — Le raccolte idropiche occorsero in 10 casi; in alcuni l'anasarca era completo, in altri era solo rappresentato dall'ascite o dal versamento pleurico ecc.

Diarrea. — Venne riconosciuta solo in 7 casi, e nella maggior parte dei casi attribuita ad irritazione delle ghiandole intestinali.

Febbre. — La febbre seguita da sudori è notata solo in 6 casi ed è detta etica, a intervalli irregolari e non arriva ad alto grado.

Emorragia. — Occorse in sei casi, specialmente del naso e delle intestina: in un caso il versamento sanguigno si fece nel cervello, in un altro nel peritoneo, e finalmente in un terzo si ebbe emorragia da una ferita non ancora completamente cicatrizzata.

L'appetito in cinque casi è rimasto buono, in uno vorace, ed in un altro veramente straordinario; in tutti i casi col pallore della fiso-

nomia, l'emaciazione progressiva, la perdita delle forze sopravenne la morte: alla tavola anatomica coaguli nel cuore e generalmente trombi nei vasi maggiori. Evidentemente la malattia apporta profonde lesioni agli organi impegnati alla elaborazione del sangue, quali la milza, le ghiandole linfatiche, il fegato, il sangue istesso. Se la leucemia sia una malattia *sui generis* o l'espressione di una cachessia è ancora una questione insoluta: l'Autore è inclinato ad accettare più la seconda che la prima ipotesi. Un aumento temporario dei globuli bianchi del sangue venne parecchie volte osservato senza serie conseguenze, nè alcuna delle suddette lesioni; al contrario queste ultime ponno presentarsi senza che vi sia aumento nel numero dei globuli, come nella adenia, nella scrofolosi, nella pseudo-leucemia ecc. V'ha una forma di anemia che venne chiamata col nome di progressiva o perniciosa, che ha lo stesso decorso fino all' esito fatale, nella quale vi è nessun aumento nel numero dei globuli sanguigni, nè tumori ghiandolari.

La terapia ha tentato ogni mezzo per vincere la terribile malattia, ma senza un vero vantaggio: i tonici, l' jodio e i suoi preparati, le injezioni ipodermiche di ergotina nello scopo di ridurre a minori dimensioni il tumore splenico (Da Costa), l' idroterapia (Niemeyer), non sono fin' ora che rimedi palliativi, e come tale qualunque può essere efficace, quando ve ne sia l' indicazione sintomatica.

Albuminuria come sintomo del parossismo epilettico; pel dott. De Witt. (*The Am. Jour. of the Med. Scienc.* April 1875).

Dal diligente esame dell'orina emessa da più di 20 pazienti affetti da epilessia l'Autore, ha rintracciata la albumina in maggior o minore quantità a seconda del genere dell'accesso epilettico. Nei casi in cui il parossismo era grave e prolungato molto e in coagulo era l' albumina, mentre poco dopo i lievi accessi: in nessun caso però si ebbe a notarne assolutamente la assenza. La quantità dell'albumina però era varia a seconda del tempo, che passava fra l'accesso epilettico e la emissione delle orine, e va da sè che le più vicine all'attacco contenevano anche in maggior copia l'albumina; il peso specifico oscillava fra 1010 e 1022. È interessante notare come in un caso le orine contenessero anco lievi traccie di sangue, incontrovertibilmente riscontrate anche al microscopio, intimamente incorporato alle orine e proveniente di certo da uno o da amendue i reni: ciò importa specialmente all'Autore di notare poichè la possibilità di un tal fatto, dopo un parossismo epilettico, venne strenuamente negata. (Queste osservazioni trovano una conferma in quelle pubblicate da Max Huppert in *Virchow's Archiv.*).

Artropatie spinali; di Weir Mitchell. (*The American Journal of the med. Scienc.*, April 1875).

L'Autore in circa due anni ha incontrato nella sua pratica parecchi casi di malattie articolari con atrofia di gruppi muscolari definiti, e più o meno spiccatamente dovuti a malattie della spina. La storia delle

artropatie spinali è ben raccolta ed interpretata da Charcot nelle sue lezioni sulle malattie del sistema nervoso, dove distingue due varietà di malattie articolari d'origine spinale: le acute e subacute sono per lo più accompagnate da gonfiore, rossore, e dolore più o meno intenso, le croniche invece e quelle a lento decorso sono ben differenti nelle loro manifestazioni.

Il padre dell'Autore J. V. Mitchell, ha descritto una malattia di Pott, nella quale al disotto della regione ammalata v'era infiammazione acuta delle articolazioni. Charcot crede che questa causa di artropatia sia assai rara e dice che le lesioni traumatiche del midollo sono assai spesso la causa di disordini articolari, come Gull riferisce nella commozione spinale. Lo stesso padre dell'Autore descrive il caso del dott. Parker di Elkton, il quale si ammalò un tempo di reumatismo, ma balzato un giorno dalla sua carrozza, cadendo sul dorso ebbe paralitiche le braccia, e completamente paralizzate le estremità inferiori. Il giorno appresso ecco di nuovo il dolore, il turgore, il rossore e il calore alle articolazioni delle mani, ed ai carpi; questi sintomi poi si aggravavano colla pressione del punto offeso della spina, e sanarono con opportuna medicazione alla stessa.

Nel 1846 Scott Alison descrisse assai chiaramente le artropatie che accompagnano la emiplegia, ma erroneamente le ascrisse alla diatesi urica, che volle riscontrare in tutti i suoi pazienti. D'allora in poi Brown Sequard, Charcot, l'Autore ed altri hanno richiamata la attenzione alle artropatie emiplegiche: simili forme di malattie articolari si riscontrarono anche nella mielite, nei tumori spinali, e nell'atassia locomotrice. Charcot ha fedelmente delineato una cronica e molesta affezione delle giunture. D'accordo con Charcot tali lesioni vennero pure riscontrate nella atrofia muscolare paralitica progressiva da Patruban, Remack e Rosenthal, ma già fin dal 1864 l'Autore in compagnia dei dottori Morchouse e Keen descrisse le alterazioni delle articolazioni da lesione dei tronchi nervosi. È molto probabile, secondo l'Autore, che tutte le artropatie di origine spinale sieno dovute a malattia della sostanza grigia delle corna anteriori del midollo spinale: sospetta eziandio che le artropatie cerebrali sieno dipendenti dalla sclerosi discendente fino a involgere nella alterazione i tratti anteriori della sostanza grigia del midollo. I caratteri distintivi fra il comune reumatismo e le artropatie centrali sono, a seconda di Charcot, i seguenti: la limitazione alle articolazioni delle membra paralitiche, il rapporto della lesione articolare colla emiplegia, la presenza di altri fenomeni trofici: non sempre però questi caratteri valgono alla diagnosi differenziale, però, secondo l'Autore, alle volte si sono veduti casi di reumatismo articolare cronico successivo all'acuto riacutizzarsi nell'arto paralitico in seguito ad emorragia cerebrale. Comunque sia la discutibile ragione di tale affezione è certo, che vi è lesione centrale o periferica di uno o più nervi e usualmente senza sintomi precursori articolari:

la lesione della articolazione e poi la debolezza di tutto l'arto, l'anestesia, la impotenza dei muscoli, le alterate condizioni termiche, le paralisi infine sono appunto i sintomi successivi, e quelli che fanno reputare la lesione primitivamente di origine centrale.

Sulle febbri da malaria; del dott. INMAN. (*The retrospect of medic. ecc.*).

È provverbiale che gli eccessi di caldo e freddo sono dannosi alla salute ed è sanzionato dalla pratica come il corpo dopo lunghe fatiche o in madore esposto alla azione del freddo sia più facile ad ammalare; lo sanno i medici della Gran Brettagna quante bronchiti e quante pneumonite loro si presentano nell'epoca dei grandi freddi; del resto senza andar tanto lontano, basta un occhiata alle tabelle cubicolari del nostro ospedale per convincerci tutti della frequenza delle malattie acute di petto anche da noi nella stagione invernale. Dai luoghi paludosi emana la malaria e per conseguenza quelli, che vivono in mezzo, vanno soggetti ai cambiamenti di temperatura. Gli uomini infatti lavorano sotto i raggi del sole la maggior parte della giornata, sopraviene la notte quand'essi sono assai stanchi, si accontentano di bere qualsiasi bevanda, e di poi profondamente addormentati sono svegliati dal freddo: il sangue per così dire bolle nel giorno, agghiaccia nella notte (!) donde la febbre: non sappiamo però darci ragione del come l'Autore trascuri tanto l'elemento miasmatico, come generatore della febbre e come solo dagli squilibri di temperatura e quindi dalla alterata circolazione organica ripeta l'accendersi della febbre. Che se alcuni vi sfuggono a parere dell'Autore, chiudendo ermeticamente il loro ricovero, la difesa è tanto contro il freddo come contro l'elemento miasmatico.

Della febbre tifoide e dell' amministrazione dell' alcool e digitale in questa malattia; del dott. MACNAUGHTON. (*Retrospect of medicine*, 1875).

Dopo una particolareggiata analisi dall'azione dell'alcool e della digitale sugli organi e sulle funzioni animali, l'Autore così conchiude:

I.° Nel trattamento della febbre, del tifo e di tutte le altre forme febbrili si è accordata troppo confidenza agli stimolanti alcoolici.

2.° L'uno per cento dei casi richiede tale medicazione, la quale deve essere fatta opportunamente a seconda dell'età e della tolleranza del paziente.

3.° La digitale è un potente stimolante cardiaco, e ridona forza al muscolo cardiaco senza interessare diversamente tutto l'organismo. Essa infine è indicata sempre nel primo periodo del tifo, quando vi ha ambascia, polso piccolo, temperatura alta, non nello scopo di curare direttamente il tifo, ma con quello di sottrarre felicemente il paziente da un certo periodo della malattia.

Azione della digitale nel decorso della febbre tifoide; del dott. BERNHEIM. (*Ret. of med.*).

Il prof. Bernheim della Facoltà Medica di Nancy, nelle memorie di questa società del 1873 trattando dell'argomento così conclude:

1.° L'evoluzione termometrica della febbre tifoide è compresa nella seguente formola: periodo iniziale da tre a cinque giorni; periodo di effervescenza da una a due settimane, periodo di deffervescenza dai sei, agli otto giorni. Nei casi assai gravi comincia un secondo periodo all'incirca alla metà della terza settimana.

2.° La digitale amministrata durante il decorso di una febbre tifoide abbassa sempre la temperatura.

3.° I primi effetti della digitale sulla temperatura compajono due giorni dopo la sua amministrazione, ma la temperatura più bassa non si ottiene che al giorno successivo e talora anche solo al quarto.

4.° L'abbassamento è progressivo e qualche volta finisce con una rapida caduta: anzi in qualche caso si avvera una rapidissima discesa solo nello spazio di due esplorazioni.

5.° Durante l'azione della digitale la temperatura può egualmente elevarsi alla sera, ma spesso è uguale, od anche inferiore a quella del mattino. La deffervescenza, o meglio la massima remissione, si avvera nella sera.

6.° Questa remissione massima dura da poche ore a tre giorni, ma nella maggior parte dei casi la temperatura non sale più all'altezza dei gradi, che avea toccato prima della amministrazione della digitale.

7.° Tenendo calcolo del grado di remissione, del suo minimum, e di qnello di riascesa si può dire, che nella tifoide l'influenza della digitale sulla temperatura dura da tre a 12 giorni, e in media sette giorni.

8.° Il polso in genere rallenta gradatamente col diminuire della temperatura, non però contemporaneamente, e talora il polso rallenta subito dopo la esacerbazione febbrile vespertina.

9.° La diminuzione del numero delle battute del polso varia da 30 a 60, e nella maggioranza dei casi il polso è numericamente inferiore al normale.

10.° Lo sfigmografo accenna all'aumento della tensione intravasale.

11.° La digitale non produce spiacevoli accidenti nè da parte del sistema nervoso, nè dell'apparato digerente: il delirio spesso cessa o diminuisce col decrescere della temperatura e la respirazione si fa più calma.

12.° Il rallentamento del polso ottenuto colla digitale, non è la causa dell'abbassameuto della temperatura.

13.° Il meccanismo fisiologico dell'azione antipiretica della digitale non è spiegato: non sembra che la digitale agisca direttamente sulla combustione organica, bensì sul sistema nervoso centrale, regolatore della temperatura animale.

Della gotta saturnina; del dott. Wilks. (*Retros. of med. e Britis. Med. Jour.*).

Uno dei fatti più interessanti in connessione colla infezione saturnina si è la produzione della gotta, e apparentemente vera gotta, poi-

chè l'infiammazione artritrica è dovuta al deposito dell'urato di soda nelle articolazioni: l'Autore ha veduto tanto spesso questa condizione gottosa, che non esita a confermare l'asserto di Garrod ed altri, che primi osservarono la rimarchevole connessione; in parecchi de' suoi casi infatti i pazienti erano giovani e le ordinarie cause erano affatto mancanti. Fu sempre osservato che i lavoratori di piombo non hanno solamente articolazioni cretacee (chalky joints), ma eziandio reni granulosi, ateroma dei vasi e tutte le altre alterazioni che costantemente si riscontrano nella gotta e che sono quasi sinonimi con quelli di malattia di Bright. Naturalmente l'Autore si domanda quale legame passa fra la gotta e l'infezione saturnina, epperò bisogna prima dire che cosa sia la gotta: in generale col nome di gotta si intende una morbosa condizione dell'organismo dovuta alla produzione di un eccesso di urato di soda, imputabile alla sua volta alla difettosa assimilazione degli alimenti. Ora ciò può occorrere per varie circostanze, come, ad esempio, l'abuso del vino e degli alimenti soverchiamente azotati, l'esercizio del corpo trascurato, e perfino la semplice atonia dello stomaco in soggetti nervosi e delicati. Di qui il nodo della questione sta nel conoscere la via per la quale il piombo disturba le funzioni digestive o il processo di assimilazione in genere, favorendo così la deposizione degli urati sodici: infatti l'azione non deve essere solo chimica, poichè noi troviamo attacchi di gotta causati da disturbo del sistema nervoso e guaribili dal chinino, dagli acidi minerali, dal colchico, cause e rimedi cioè, che ponno solo indirettamente affettare le suddette funzioni, indipendentemente dell'azione chimica. Quando noi, dice l'Autore, crediamo poter sciogliere difficili questioni in patologia e terapeutica dietro leggi conosciute, lasciate che domandiamo a noi stessi, come il piombo genera la gotta, e come il colchico la guarisca. Intanto però non vi è ancora risposta.

Croup e difterite; del dott. Cumming. (*Brit. Med. Journ. e American Journal*).

Il croup è malattia stenica — la causa è atmosferica, cioè il freddo e la umidità — il trattamento più felice è l'antiflogistico, il tartaro stibiato ad esempio a dosi emetiche — non è contagioso — non mai seguito da paralisi o da altre successioni morbose da parte del sistema nervoso — non attacca pazienti oltre i dodici anni, nè invade la faringe, il naso o le narici.

La difterite è invece morbo a tipo astenico — la causa è settica — il trattamento appunto antisettico, nutriente, stimolante — è marcatamente contagiosa — facile la paralisi parziale o generale — rispetta nessuna età — le pseudomembrane sono come pultacee e molli e si estende anche alla faringe, al naso ecc., più spesso ancora che al canale laringo-tracheale.

Diabete; di M. Andral. (*Med. Tim. and Gazz. e American Journal*).

È l'analisi di 84 casi di glucosuria: assai rara prima dei 20 anni,

si riscontra più di frequente fra i 40 ed i 50, ed oltre i 70 anni ben si può dire eccezionale; si vede da ciò come la malattia attacchi l'organismo umano negli anni della sua massima attività. Di questi 84 casi, 52 erano maschi e 32 femmine ed in ciascuno v'era dimostrata l'influenza del sistema nervoso nel produrre o nell'aggravare la malattia: infatti in seguito a patema d'animo la quantità di zucchero può aumentarsi nelle 24 ore da 20 a 90 grammi per litro, ed in genere ogni diabete ripete le sue ragioni di essere da cause consimili. Secondo l'Autore non risparmia ogni classe di società, anzi pare che preferisca i più robusti, e come pensa Bernard, gli pare che la malattia più che a deficienza si debba attribuire ad esagerazione di attività nutritizia, anzi l'Autore avrebbe anche osservata la scomparsa dello zucchero dalle orine dei pazienti diabetici negli ultimi momenti di vita. Come è noto il peso specifico delle orine è assai alto ed alla autopsia non si hanno reperti soddisfacenti: la congestione epatica e renale che quasi sempre si riscontra è per l'Autore l'esito dell'eccessiva attività funzionale di questi due organi. Due fatti però hanno fermato l'attenzione dell'Autore alla tavola anatomica; cioè, una singolare compattezza della milza da non lasciar colare umore alcuno al taglio o alla compressione, e l'incipiente sviluppo della tubercolosi addominale.

Il metodo curativo in questi 84 casi consistette in bevande alcaline, regime prevalentemente carnoso, misto però a qualche erbaceo ed a pane ordinario: anche i pazienti trattati esclusivamente colla dieta carnea non hanno dato secondo lui diminuzione nella emissione dello zucchero, e vi hanno resistito ben poco tempo.

Sul a malattia di Addison; di Pye-Smith. (*Guy's Hospit. Gaz. e the London. Med. Rec*).

Sono commenti di un caso di malattia di Addison senza tisi o affezione tubercolare, o carie delle vertebre, come si trova di frequente in simili casi.

I sintomi generali erano poco marcati, sebbene con maggior o minor costanza si constatasse la debolezza dei toni cardiaci e dei muscoli in genere, la nausea, qualche volta il vomito, con cefalea o dolori al dorso e al tronco. La tinta oscura non era uniforme, ma più spiccata alla faccia, alle estremità, ma specialmente al dorso delle mani ed ai genitali e si distingueva dalle tinte di altre molteplici cachessie, per la colorazione nerastra a chiazza della mucosa orale. L'esito di questa malattia è quasi sempre fatale, ma vi sono però anche intervalli di relativo benessere talora per mesi e qualche anno, finchè la morte sopravviene o per tisi concomitante o per tabe progressiva, o per affezione cerebrale, come talora vediamo nella malattia di Bright e nel diabete zuccherino. Il trattamento è sintomatico ed anche il fosforo, proposto da taluni contro l'anemia e l'astenia nervosa, se non è nocivo, non produce però i buoni effetti, che da esso alcuni si ripromettono.

Della scarlattina; del dott. Hayden. (*Dnbl. Med. Journal e Lond. Med. Journal*).

L'Autore divide in tre classi 105 casi di scarlattina da lui osservati nell'ospitale della Madre di Misericordia, cioè, miti, gravi, maligni. I casi miti presentarono abbondante eruzione, scarsi fenomeni anginosi, nessuna complicazione; i gravi febbre altissima, eruzione copiosa quasi miliariforme, infiammazione ed ulcerazione delle tonsille e delle fauci, diarrea, delirio; i maligni invece presentarono eruzione deficiente e di color bluastro quasi livido, fauci tappezzate da essudato cremoso, diarrea, vomito, soppressione delle orine, coma. Dei miti, di cui 24 erano tra i 4 e i 10 anni e 49 al di sopra dei 10, guarirono tutti: fra 24 casi di gravi si ebbero 15 morti, di cui 4 minori dei dieci anni, e 20 maggiori.

Otto furono i casi maligni con esito fatale per tre prima dei dieci anni, e per cinque dopo questa età. Di questi 105 casi nessuno si verificò in bambini inferiori ai quattro anni di età. La cura addottata nei casi miti consistette nella amministrezione interna del clorato di potassa con qualche goccia di acido idroclorico diluito, gargarismi astringenti, lievi purgativi, bromuro di potassio nella notte: la durata media della malattia fu di 12 giorni. Nei casi gravi il trattamento era lo stesso, più l'applicazione del glicerolato d'acido fenico o tannico alla gola, e di cataplasmi al collo, con una durata media di 20 giorni di malattia. Finalmente nei maligni si usarono gli stimolanti diffusivi, specialmente l'alcool, con esito fatale quasi in 26 ore all'incirca.

Le complicazioni furono anasrca, adeniti anche suppurate, ascessi, bronchite: l'anasarca colpì gran numero dei casi gravi nel periodo della convalescenza, e in pochissimi fece seguito alla bronchite la infiltrazione tubercolare nei polmoni.

Caso di scottatura della glottide, — Tracheotomia; pel dott. Sympson. (*Brit. Med. Journal*).

Si tratta di un fanciullo di due anni e mezzo, con grave ambascia, inspirazione già sibilante, colle labbra, la lingua, le guancie, la gola, rosse tumide e rialzate in vesciche. La faccia era livida, le estremità fredde, la cute madila di sudore vischioso; i polsi debolissimi e frequenti. Due ore prima il piccolo paziente avea aspirato dal becco di una tetiera dell' acqua bollente appena versata da un pajuolo; dapprima parve di nulla soffrire, ma mezz' ora dopo i sintomi erano già allarmanti. La tracheotomia era l'unico mezzo di salvezza: alla prima incisione il bambino era quasi freddo, ma aperta rapidamente la trachea, introdotta la cannula, intrapresa la respirazione artificiale e le frizioni brusche alla cute, alla fine di un ora l'operatore avea la soddisfazione di aver ristabilita la respirazione e reso percettilibile l'impulso cardiaco, sebbene ancora molto debole. Si mise il paziente nelle migliori condizioni igieniche, gli si amministrò latte e thè a brevi intervalli tantochè potè avere qualche momento anche di sonno tranquillo. Cinque

giorni dopo l'Autore è ancora chiamato di urgenza al letto del piccolo infermo, che ritrova quasi nelle stesse condizioni gravi della prima volta: senonchè sgombrata la cannula dal muco, che vi si era raccolto e fatta la senapizzazione volante e il bagno caldo, il bambino si riebbe ben presto. Tre giorni dopo ritorna grave la dispnea e questa volta vi si aggiunge la tosse: percussione ed ascoltazione rivelano la pneumonite del lobo inferiore del polmone sinistro: si ordina un bagno caldo, l'applicazione di un cataplasma senapato al detto luogo, ed una mistura fatta di ipecacuana, spirito di nitro eterico e citrato di ammoniaca. Il giorno dopo la dispnea era meno grave, la tosse meno insistente, facile l'escreato e così continuò in bene, finchè alla fine del mese, levata la cannula, il bambino cominciò a pronunciare qualche parola e la ferita andò rapidamente a cicatrizzazione. L'Autore è ben felice del suo risultato: Durham infatti dice come su 28 casi di tracheotomia praticati per scottatura di laringe, 23 finirono colla morte: nel caso dell'Autore poi il risultato è tanto più ragguardevole in quanto che si trattava di un ragazzo gracile assai, per di più afflitto anche dalla pneumonite.

Paracentesi pericardica. Iniezioni jodiche; del dott. Moore. (*Brit. Med. Journal*).

La storia clinica si riferisce ad un caso di pericardite suppurata in un robusto giovinetto di 13 anni, dopo 23 giorni di malattia: ventilata per consiglio anche di altri colleghi la paracentesi, al ventiquattresimo giorno il paziente era esausto di forze, desideroso di riposo, dispnoico, polso irregolare a 160: i precordi erano rialzati, e solo confusi e lontani si udivano i toni cardiaci alla ascoltazione della base. Si facea allora senza indugio la puntura nel 5° spazio intercostale sinistro all'interno del luogo ove, normalmente batte la punta del cuore, dirigendo il trequarti all'interno, in alto e un pò anche all' indietro: per tal modo venivano evacuate ventuna oncie di fluido purulento. Ben presto le respirazioni da 60 discesero alla metà, il polso da 130 a 120 con maggior regolarità, la ottusità cardiaca era ridotta alla sua area normale, i toni del cuore si ascoltavano tanto alla base quanto all'apice abbastanza distinti. Due giorni appresso il paziente sembrava molto migliorato: al terzo giorno il polso si facea nuovamente irregolare ed al quarto si aveano segni di notevole aumento di liquido nella cavità pericardica: si levarono di nuovo 30 oncie di liquido purulento con sensibile miglioramento del paziente: ben presto però sopravenne una infrenabile diarrea, che lo stremò molto di forze. Tuttavia dodici giorni dopo la 1ª paracentesi, per soverchio riempimento del sacco pericardico, che toccava fino alla clavicola, con una terza paracentesi si levarono ancora 60 oncie di liquido purulento: si iniettarono allora per la stessa via due oncie di una mistura di una parte di tintura iodica e di una di acqua, previamente riscaldate alla temperatura del corpo: sfuggì inavvertitamente però per la cannula nel

sacco anche un pò di aria. Il pazienze il giorno dopo stava meglio e la percussione dava ai precordi un suono timpanico e così per quattro giorni, quando quattro giorni dopo comparvero d'improvviso sintomi di aumento della quantità del liquido intrapericardico.

Di qui nuova paracentesi e di nuovo iniezione del liquido suddetto, il che a pochi giorni di distanza venne ripetuto per una quinta volta: da quest'epoca il paziente andò sempre più peggiorando, finchè in pochi giorni perdette la vita per peritonite.

Alla tavola anatomica il polmone sinistro aderiva nella sua porzione libera alla membrana pericardica: il cavo pericardico stesso ampliato, la raccolta di pus toccava la parete posteriore del torace. Il cuore era giallognolo e floscio, in preda a palese degenerazione grassa; segni di peritonite acutissima, infiltrazione adiposa del fegato, congestione dei reni.

Di un caso di azione rapidissima del cuore; del dott. FARQUHARSON. (*Brit. Med. Journal*).

A 28 anni un soldato, dopo aver subito il reumatismo articolare ed intercorrentemente dopo questo il cardiopalmo, ricorse all'ospitale per ambascia di respiro, sbattimento ai precordi, debolezza generale: all'ascoltazione si percepiva alla base dello sterno un rumore, e l'impulso cardiaco era aumentato ed a sussulto.

Applicato alla regione precordiale un cataplasma di belladonna, venne amministrata internamente una mistura di nitrato di potassa e tintura di veratrina. Crescendo però la palpitazione, si accedette alla tintura di digitale mista a quella di ferro e il giorno dopo il polso discese tosto a 80: così durò il benessere per una ventina di giorni, ma un mattino l'Autore trovò il paziente semieretto sul letto in preda a grave ambascia di respiro, pallido, madido di sudor freddo, e con 260 pulsazioni al minuto primo.

Le sistoli cardiache si susseguivano con vertiginosa rapidità, nè era dato percepire rumore di sorta: in breve tempo però il polso ritornava a 104, finchè un nuovo attacco lo portava a cifra tanto elevata. L'Autore ricordando i casi consimili narrati da Catton, da Watson, da Rowles, Brisbane, Willet e Richardson crede poterli dividere in due classi, quelli cioè in cui vi ha lesione valvolare e quelli in cui la lesione è solo funzionale: in alcuni poi il circolo si ristabilisce gradatamente, in altri invece con una certa lentezza. Cotton crede che questa follia di cuore si debba ascrivere ad una esagerata sensibilità del sistema nervoso, o ad una *irritazione* del sangue, come nei dispeptici e nei gottosi, il quale varrebbe a stimolare in modo abnorme i centri nervosi. Handfield considerando invece come in parecchi casi vi sia anche grave ambascia di respiro, crede che l'affezione dipenda da una paralisi del vago o per lo meno delle sue diramazioni cardiache, essenzialmente simile ad una nevralgia, per esempio, ad una ischialgia. Paralizzato il 10, il simpatico prende il sopravvento: anche gli agenti

terapeutici ne darebbero ragione: l'atropina paralizza i decimi e induce un aumento nelle pulsazioni cardiache, la digitale invece producendo l'effetto contrario, le diminuisce.

Nella meningite tubercolare i polsi ponno aumentare assai: forse il processo si estende fino all'origine dei decimi ed influenza quindi il ritmo cardiaco: così nella polmonia e in tutte le malattie febbrili acutissime, si può avere un notevole aumento nel numero delle pulsazioni per l'adinamia e l'esaurimento nervoso, a cui è in preda tutto l'organismo.

Caso di idrofobia; del dott. Hewlett. (*The med. Ref.*).

Una donna di 55 anni, venne morsicata da un cane ad una mano: la ferita non venne cauterizzata e quindi la misera paziente ebbe a passare giorni tristissimi e notti sempre insonni nel timore di essere presto o tardi la vittima della terribile malattia: due mesi e mezzo all'incirca dopo infatti si manifestarono i primi sintomi: l'avversione all'acqua però non era assoluta, tanto che dapprima potè ingoiare una soluzione di morfina: anzi la poveretta cercava sforzarsi a bere, avvicinava il bicchiere alle labbra, ma quando il liquido toccava la bocca, violenti contorsioni della trachea e del laringe ne la impedivano e la gettavano in preda a grave agitazione. Si fecero iniezioni di morfina, di cloralio, inalazioni di cloroformio, ma contro ogni tentativo dell'arte la paziente morì in poche ore e d'improvviso. Manca il reperto anatomico.

Fremito vocale nella pleurite e nella polmonia ed uso della siringa ipodermica pel loro diagnostico; del dott. Janeway. (*Med Record*).

Questo sintomo è talora fatto segno a soverchia importanza, ma talora può essere causa di errore, dimodochè l'Autore nei casi dubbi stima prudente la puntura esploratoria mediante una siringa ipodermica.

Le sue conclusioni sono le seguenti:

1° Il fremito vocale manca ordinariamente sopra il liquido effuso nel cavo pleurico;

2° Quando esiste è dovuto, o ad aderenze del polmone alla parete toracica sotto il livello del liquido, o è condotto attraverso il liquido ed allora sarà meno intenso, che dal lato opposto.

3° Il fremito vocale è di solito aumentato nella pneumonite, ma può tuttavia mancare, o per ostruzione di bronchi per materia in essi raccolta, o per compressione, o per concomitanza di essudato pleuritico.

Dell'anemia; del dott. Pollock. (*The Lancet*).

Molte sono le cause che producono la anemia, ma è indiscutibile che molto spesso noi la riscontriamo presso le fanciulle non maritate, ove in genere è in connessione colle funzioni mestruali. In questi casi i catamenii sono irregolari, spesso mancanti anche per più mesi, o che durano solamente poche ore. In questi casi l'amenorrea è dovuta alla

povertà del sangue? o è la formazione dei globuli sanguigni in qualche modo alterata per le irregolari evoluzioni uterine? Non v'è ragione di negare la supposizione, che il sangue menstruo sia fino a un certo punto una escrezione, se probabilmente la sua assenza può condurre alla ritenzione nel sangue di qualche materiale ostile alla formazione dei corpuscoli rossi. Si vedono casi di fanciulle dapprima sane e robuste farsi anemiche per mancanza assoluta di catameni, od altre già menstruate diventarlo per soppressione più o meno lunga degli stessi: l'Autore però in questi casi più che a una deficiente escrezione, attribuisce l'anemia a disturbi del sistema nervoso prodotti dalla assenza o dalla irregolarità della tanto importante funzione sessuale. Nella clorosi infatti tutto l'organismo ne partecipa, e i tonici e i ferruginosi ridonando al sangue la sua crasi normale, in poco tempo ridonano all'organismo la sua vigoria, o determinano, o si avviano le mancanti o le soppresse funzioni uterine.

Sulla cura della leucemia splenica mediante il fosforo; del dottore Wilson Fox. (*The Lancet*).

È la diligente storia clinica di una donna di 37 anni, intensamente pallida al suo ingresso nell'ospitale, con mucose anemiche, emaciazione, senza eruzione alla cute, tanto debole da non star in piedi senza assistenza; non edemi, facile ai sudori notturni, con orine sedimentose, di un peso specifico dai 1010 ai 1025, prive di zuccaro e di albumina. Polmoni sani, punta del cuore spostata al terzo spazio intercostale per l'enorme tumore splenico sottostante, soffiante il 1° tempo in corrispondenza della seconda cartilagine sinistra. Disappetenza, diarrea alternata alla stitichezza, flatulenza, rara cefalea, sete viva, lingua secca ed impaniata, addome rigonfio a sinistra, perchè occupato dal tumore splenico, che extraflettendo le ultime coste, si spinge fino alla colonna lombare, liscio, duro, mobile alla palpazione e discendente nelle profonde inspirazioni. Le vene addominali sottocutanee non sono turgide, non ascite, non ingrandimento dei diametri del fegato, nessuna ghiandola linfatica ingrossata, meno che alle regioni inguinali. Il sangue cavato da un dito è molto più pallido del normale,, i corpuscoli bianchi 20 volte più del normale, stante che in un campo se ne contano da trenta a quarantacinque: i corpuscoli bianchi sono in parte grandi, in parte piccoli, molti binucleati, i più granulosi. L'Autore amministrò il fosforo nella dose di 1|50 di grano tre volte al giorno, aumentato poi fino a quella di 1|30: nel resto dieta ricostituente.

Il fosforo non portò alcun disturbo, anzi presto la nutrizione si fece migliore, buono l'appetito, molto meno ricco di globuli bianchi il sangue: due mesi dopo la tinta pallida era scomparsa, i globuli bianchi diminuiti fino a vederne da 5 a 9 in un campo di microscopio, ridotti i diametri della milza: e così continuò di bene in meglio.

Pirovano.

RIVISTA DI ANATOMIA PATOLOGICA

del dottor COLOMIATTI in Torino.

Colomiatti — *Sulla diffusione del cancro lungo i nervi.*
Fenger — *Del cancro dello stomaco e specialmente della sua struttura, del suo sviluppo, e della sua propagazione.*
Bischoff — *Cianosi congenita; cuor d'anfibio.*
Golgi — *Sui gliomi del cervello.*
Bozzolo — *Osservazione di un caso di tubercolosi articolare spenta per servire di contributo alla patologia generale del tubercolo.*
Colomiatti — *La tubercolosi nel nervo frenico sinistro.*
Reymond — *Contribuzione allo studio della cheratite e della congiuntivite erpetica.*
Kelsch — *Nota per servire alla anatomia patologica della leucemia.*
Popoff — *Delle alterazioni del cervello nella febbre tifoidea e dell' encefalite traumatica.*
Friedländer — *Nota sulle cellule giganti e loro rapporti colla tubercolosi.*
Visconti — *Sulla origine delle cellule gigantesche del sarcoma giganticellulare del tubercolo e delle ossa.*
Forlanini — *Sulla struttura del tubercolo.*
Ziegler — *Trasformazione esperimentale di globuli sanguigni bianchi del sangue in cellule giganti.*
Colomiatti — *Sulla tubercolosi nei ganglii del gran simpatico e nei nervi; e sulla tubercolosi primitiva della dura madre rachidiana.*
De-Vincentiis — *Sulla struttura e genesi del* Calazion, *con osservazioni sulla origine epiteliale delle cellule giganti.*
Manfredi — *Contribuzione clinica ed anatomo-patologica alla tubercolosi oculare.*
Perronito — *La tubercolosi in rapporto colla economia sociale e rurale.*
Griffini — *Sulla tubercolosi della pelle e delle piaghe.*
Bozzolo — *Il tubercolo solitario della dura madre.*
Colomiatti — *Contribuzione alla istologia patologica della sifilide costituzionale ed allo studio della genesi delle cellule giganti.*
Aufrecht — *Casi di tubercolosi migliare sifilitica.*
Colomiatti — *Sulla natura e struttura del lupo volgare.*
Salvioli — *Due casi di contribuzione alla genesi dell'epitelioma.*
Durante — *Gli epiteliomi.*

Cornil — *Sullo sviluppo dell'epitelioma del corpo tiroide.*
Kelsch — *Contribuzione all'Anatomia patologica delle malattie palustri endemiche.*

Sulla diffusione del cancro lungo i nervi; per il dott. Colomiatti. (*Gazzetta delle Cliniche* di Torino, 1° dicembre 1874).

L'Autore col solo proposito di fare una comunicazione preventiva, scrisse di alcuni suoi studi di istologia patologica, i quali conducono a questo risultato:

Una delle vie per le quali il cancro si diffonde è quello degli spazii linfatici esistenti nel perinervo e nell'endonervo dei tronchi nervosi.

Prima di descrivere i nuovi fatti da lui raccolti, ricordò i suoi lavori sul cancroide del simpatico pubblicati in principio dell'anno 1874 nel *Giornale dell'Accademia di medicina Torinese* e nell' *Indipendente*, nei quali è, per ciò che riguarda il sistema nervoso ganglionale, messa fuori di dubbio la conclusione testè annunziata, e che ora stabilisce in tesi generale anche pei nervi appartenenti al sistema cerebro-spinale.

Il primo fatto che avvalora tale sua conclusione è relativo ad un cancro del pavimento della bocca, che ebbe punto di partenza nella ghiandola sotto linguale destra, e che si diffuse per buona estensione dentro agli spazii linfatici esistenti nell' endonervo e nel perinervo dei nervi linguali e grande ipoglosso corrispondenti.

In quest'ultimo notò dei nodi, nella sua porzione sita all'infuori del tumore, grossi come un grano di frumento, discosti pochi millimetri l'uno dall'altro.

Il secondo riguarda un cancro delle labbra, esteso massimamente al labbro inferiore ed alla gengiva della metà destra della mandibola. Esso aveva invaso in parte gli alveoli dentarii e le sue cellule erano penetrate negli spazii linfatici del nervo dentario inferiore, il quale era invaso fino al di là della sua entrata nel canale dello stesso nome.

Disse d'aver ottenuto in ciascuno dei nervi, trovati affetti, delle preparazioni, che rappresentano fedelmente le figure disegnate da Key e Retzins nel loro lavoro sulla disposizione normale degli spazii linfatici esistenti nei nervi; nelle quali però, a riempire gli spazii linfatici, esistono gruppi di cellule a carattere epiteliale, che perciò tengono il posto della materia d' injezione colla quale vennero dimostrati gli spazii medesimi.

Sostenne, in ultimo, che l' endotelio di questi spazii ebbe in tale affezione una parte tutto affatto passiva.

Du cancer de l'estomac e spécialement de sa structure, de son développement et de sa propagation; par Feuger. (Copenhague, 1874).

Questa memoria è interessante solo per ciò che riguarda la diffusione del cancro lungo i nervi, poichè l'Autore notò in quattro casi

che il nervo vago era invaso dal cancro in due modi: ora, cioè, *esistevano neuromi cancerosi nelle più piccole ramificazioni di questo nervo, ora invece si trovavano gruppi di cellule cancerose fra i fasci, nervosi, nei punti immediatamente fuori dei tumori esaminati.*

(Certamente però sotto questo punto di vista, tale memoria, considerata anche solo quale lavoro descrittivo, come risulta dal paragone che si può fare colla relazione del lavoro precedente, lascia non poco a desiderare. — *Il Rel.*).

Cyanose congénitale, coeur d'amphibie; del prof. Bischoff. (*Corresp. Blatt. f. schweiz. Aerzte*, 1875. N. 1, p. 11).

In un bimbo, affetto da cianosi, e morto 62 ore dopo la nascita, Bischoff ha trovato le lesioni seguenti: spandimento sieroso nelle cavità pleurali ed addominale; cattiva conformazione del cuore, cioè un solo ventricolo, nel quale sboccavano le due orecchiette con le valvole tricuspidale e mitrale; da questo ventricolo nasceva un tronco arterioso, munito di valvole ben conformate, che dava successivamente le due polmonali, il tronco innominato, con una sola coronaria, e in fine la carotide e la suclavia sinistra.

Sui gliomi del cervello; per il dott. C. Golgi. (*Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale*, fas. 1° e 2° 1875).

Golgi dopo d'aver discorso dei gliomi cerebrali nel senso, in cui erano intesi da Virchow, dopo d'aver menzionato in breve i caratteri delle cellule della così detta *neuroglia*, dopo d'aver notato che gliomi sono solo quei tumori, che constano per la più gran parte di tali cellule, ricorda due casi di gliomi cerebrali veri descritti da Simon e pubblicati nel luglio del 1874 negli *Arch. f. path. und physiol.*, e ne descrive in seguito due da lui trovati nel 1871, l'uno nella corteccia del cervello, l'altro nella sostanza bianca.

Del primo caso presenta una figura, ove esistono, in mezzo alle cellule connettive degli strati profondi, anche caratteristiche cellule gangliali: ed a proposito di queste afferma: non potersi in modo assoluto decidere se esse si debbano considerare come risultanti da neoformazione, oppure come preesistenti cellule nervose in diversa maniera modificata per gli alterati loro rapporti di nutrizione, in mezzo al lussureggiante stroma connettivo interstiziale.

Osservazione di un caso di tubercolosi articolare spenta per servire di contributo alla patologia generale del tubercolo; per il dott. Bozzolo. (*Annali universali di medicina*, vol. 231, Milano 1875).

L'Autore riferisce di un caso, che raccolse nel marzo del 1874 all'Ospedale Maggiore di Milano, nel comparto in allora diretto dal professore Rovida. Si tratta di un giovane in sui 18 anni, la cui anamnesi remota è così concepita:

« Figlio di parenti sani. Claudicante dalla fanciullezza, in seguito ad un grave ascesso alla coscia destra, che sembra abbia durato lungamente e poi sia guarito. Ne residuò una cicatrice che a lunghi

intervalli si apriva, sorvenendo contemporaneamente febbre, che durava per circa 15 giorni. Una volta tale riapertura della cicatrice si accompagnò a tosse, che fu giudicata *ferina* e che durò tre mesi. Da tre anni è però sempre sano, come sano fu sempre nei lunghi intervalli, in cui la piaga della coscia era cicatrizzata. Fu un pò di tempo apprendista sartore, e poi apprendista pettinaio, professione questa che esercitava tuttora in luogo umido ed oscuro, e che lo obbligava ad immergere frequentemente le mani e le braccia nell'acqua fredda. Non andò mai soggetto ad emorragie ».

La malattia che lo condusse all'Ospedale, e per la quale morì, si fu uno *scorbuto acuto con emorragia encefalica prevalente alla parte sinistra.*

L'autopsia confermò pienamente la diagnosi, e diede inoltre a rimarcare i fatti seguenti:

Un nodetto della grossezza di un piccolo pisello, di sostanza fibrosa, all'apice del polmone destro, e traccie di peribronchite con qualche calcoletto bronchiale all'apice del sinistro:

Una cisti della grossezza di un pisello, con contenuto caseoso, nel rene destro, *circondata da una membrana piuttosto grossa:*

Ingrossate ed anco indurite alcune ghiandole iliache di destra; più tumide ancora le crurali e le inguinali profonde, delle quali alcune contenevano focolai caseosi e piccolissimi noduli bianchicci:

Anchilosi completa con scomparsa di ogni cavità articolare dell'articolazione coxo-femorale destra, e distruzione delle cartilagini d'incrostazione:

Un focolaio di una sostanza, *ove gialliccia caseosa ed ove più rossigna*, limitato in parte da un fascio di connettivo stipato (tessuto cicatriziale), il quale si estendeva per un certo tratto a quella porzione dell'osso, che corrispondeva all'antica testa del femore. Attorno ad esso delle lacune scavate nel tessuto osseo, piene di sostanza bianco-gialliccia e giallo-rossigna.

All'esame microscopico l'Autore vide che la sostanza costituente il focolaio articolare, dove ad occhio nudo si presentava gialliccia e di aspetto caseoso e dove appariva rossigna, era di natura tubercolare; e che *veri tubercoli* si trovavano nelle lacune scavate nell' osso circostante.

Nel connettivo che circondava parzialmente il focolaio medesimo non potè vedere che ammassi di granulazioni, e gruppi di *corpuscoli a contorno dentato, d'aspetto di cellule indifferenti raggrinzate.*

Nelle ghiandole linfatiche invece trovò anche tubercoli, ma circondati da connettivo sclerosato. Di questi ne vide alcuni *affatto confinanti coi seni linfatici.*

Trovò infine che cellule giganti, senza prolungamenti, esistevano nel lume dei vasi più grossi. — Lo stesso esame lo assicurò della natura tubercolare del focolaio caseoso del rene.

Egli considera tutti questi processi come spenti, pensando: alla piccolezza del focolaio caseoso rinvenuto nell'articolazione anchilosata ed al processo di riparazione rappresentato dal tessuto cicatrizzato rinvenuto; alla degenerazione caseosa delle ghiandole, alla cretificazione della sostanza caseosa in esse contenuta; all'essere questa quasi onninamente circondata da una capsula soda; al numero scarsissimo di veri tubercoli nelle medesime: alla loro esistenza in vicinanza dei focolai caseosi; alla sclerosi del connettivo circondante i noduli tubercolari; alla grossa capsula circondante il focolaio caseoso del rene, ed alla mancanza all'ingiro di esso di veri tubercoli.

Ritiene però che dessi si sarebbero potuti riaccendere, come già più volte si erano riaccesi (V. anamnesi).

Giunto a questo termine della sua descrizione e della sua interpretazione dei fatti descritti, l'Autore entra a discorrere della questione, ardua ad un tempo ed interessantissima, della diffusione del tubercolo; e siccome egli è *tenero della teoria che fa dipendere lo sviluppo delle neoplasie secondarie da un vero trasporto di elementi*, così, contro l'opinione di Schüppe, nega che l'ipotesi del trasporto di elementi tubercolari sia inamissibile per la produzione della *tubercolosi secondaria*, quantunque non si sappia oggidì se nel tubercolo esistano cellule specifiche, e, nel caso, quali queste siano.

Egli ammette che nel suo caso si tratti di tubercolosi primitiva limitata all'arti colazione coxo-femorale anchilosata, e di tubercolosi secondaria delle ghiandole linfatiche del lato affetto e del rene, ed afferma che il caso suo è certamente favorevole a quella teoria, che fa dipendere la tubercolosi generale secondaria dal riassorbimento non già di una sostanza caseosa qualunque, ma sibbene di una *vera sostanza tubercolare.*

La tubercolosi nel nervo frenico sinistro; per il dott. Colomiatti. (*Giornale della R. Accademia Medica Torinese*, fasc. 15, 1875).

Il fatto di cui parla l'Autore in questa sua memoria si riferisce al cadavere di una ragazza che *capitò* all'Istituto anatomico di Torino verso la fine del mese di febbraio 1875, la cui autopsia, incompleta perchè il detto cadavere era già stato in parte utilizzato per la scuola di anatomia descrittiva, diede i seguenti risultati:

Polmone sinistro gremito di piccoli focolai caseosi, e molteplici tubercoli migliariformi, scavato all'apice da caverne a superficie irregolari, sulle pareti delle quali si sentivano al tatto e si potevano vedere nodi tubercolari. — Pleura costale e diaframmatica inspessate, con nodi caseosi sparsi e tubercoli *grigi* molteplici. — Al di sotto della pleura, in corrispondenza degli spazii intercostali, nodi caseosi grossi, qual più qual meno, come un cece, nel connettivo perivasale e perinervoso, privi però di rapporti diretti coi vasi e coi nervi medesimi. Nodi simili sulle diramazioni del gran simpatico, isolabili essi pure dalle diramazioni stesse. — Altri nodi caseosi circondati da punti bianchicci

nelle ghiandole linfatiche della regione. — Un nodetto nel nervo frenico, verso la metà circa della sua porzione intratoracica, non tanto visibile però, quanto palpabile, di forma fusata, col massimo diametro in direzione parallela al decorso del nervo.

Rinvenne in ognuna di tali parti affette noduli tubercolari ben caratterizzati, massime nel modo esistente nel frenico, che sezionò perpendicolarmente al suo asse maggiore, conservando e studiando successivamente ogni sezione senza perderne di vista nessuna. In quelle che non furono fatte sul nodo, ma in vicinanza di esso, notò un aumento del connettivo interstiziale alle fibre nervose (endoneurio) e del connettivo che forma la guaina del nervo medesimo (perineurio), dovuto per lo più al maggior numero delle fibrille e delle cellule, fra le quali ne osservò alcune aventi l'aspetto delle *epitelioidi.*

In queste sezioni, egli dice, è visibilissimo il seno linfatico perinervoso, del quale sono pure dimostrabili appendici, che si prolungano nell'endoneurio. In esso esistono: — cellule connettive giovani: — cellule fusiformi, — e cellule che rassomigliano alle epitelioidi; le quali tutte sono comprese nelle maglie di un irregolare reticolo, formato da fibrille isolate e da piccoli fasci fibrillari, che si incrociano e si intrecciano reciprocamente, servendo da tratti d'unione fra il perineurio e l'endoneurio. Oltre a qneste cellule ne osservò ancora delle endoteliche a protoplasma assai granuloso, rappresentanti l'endotelio normale del seno medesimo.

Un seno linfatico così costituito rinvenne in tutta la porzione di nervo esportata; in maggior vicinanza però del nodo trovò che in esso seno si facevano più numerose le cellule semoventi e quelle simili alle *epitelioidi.*

I primi noduli tubercolari che osservò, studiando le sezioni nell'ordine progressivo sopra menzionato, esistevano nelle parti più esterne del perineurio: ne trovò poscia in maggior vicinanza al seno linfatico perinervoso, e poi anche nell'interno di esso; e fece notare che lo sviluppo dei tubercoli in questa località *fu centripeto*, che cioè i primi noduli che si sono svolti furono i più periferici, dai quali ebbe punto di partenza la infezione che procedette fin nel seno, e ciò perchè mano mano che le sezioni che egli studiava appartenevano alle parti più mediane del nodo, mentre i tubercoli periferici si mostravano radunati a gruppi in degenerazione caseosa, si vedevano veri noduli tubercolari, ben caratterizzati, confinare col seno linfatico perinervoso, noduli nel seno stesso, ed anche fra le fibre più esterne del nervo. Tenne poi in ultimo, calcolo di questo fatto, che cioè nel connettivo interstiziale ai noduli tubercolari giovani, ed ai caseosi, trovavansi, oltre a molti leucociti, cellule giganti isolate, relativamente piccole, e cellule epitelioidi, alcune delle quali ultime esistevano pure fra le maglie del reticolo che descrisse nel seno; e si fece questa domanda: *non potrebbero forse, o le une o le altre considerarsi quali cellule tubercolari*

migranti fra gli interstizii fibrillari e cellulari del connettivo interposto? manifestandosi favorevole all'idea di *una infiltrazione* (in tal caso) *di cellule tubercolari, capaci, col loro sviluppo e colla loro proliferazione, di dar origine a noduli simili a quelli dai quali si staccarono.*

Contribuzione allo studio della cheratite e della congiuntivite erpetiche; per il prof. Reymond. (*Giornale della R. Acc. di Medicina di Torino*, 1875).

Sotto questo titolo l'Autore descrive una forma speciale di affezione oculare che è caratterizzata da rialti piccoli, di forma invariabile, prodotti essenzialmente da una neoformazione di connettivo, alla quale si aggiunge una lieve proliferazione epiteliale con desquammazione, i quali crescono lentamente, si sviluppano ora isolati, ora confluenti, e si rinnovano successivamente e ripetutamente, scomparendo poi senza lasciar traccie.

La descrizione che dà poi di questi rialti è tutta compendiata con queste parole: Sia la regione verticale, ad es., di un pezzo di cornea ammalata; vediamo che la sostanza propria della cornea non prende parte all'affezione, perchè il connettivo al di sotto della anista anteriore si presenta colla sua disposizione regolare e normale. Al davanti della membrana di Bowman (anista) scorgiamo la neoplasia formata essenzialmente di connettivo ricco in sostanza ialina, con cellule, alcune rotonde, piccole e simili alle semoventi, altre fusiformi e stellate,..... il quale si solleva formando delle sporgenze di forme e direzioni diverse.

L'epitelio, ben conservato, tappezza regolarmente tutta la superficie della neoformazione, non solo nelle parti più sporgenti, ma pure nei valli che separano un rialto dall'altro, così che nei meandri anche più profondi troviamo due strati completi dell'epitelio stratificato, in alcuni tratti separati da uno spazio vuoto, ed in altri combaccianti colle loro cellule più superficiali ed appiattite; in alcuni punti però l'epitelio più superficiale è caduto.

Nei rialti congiuntivali l'Autore notò che il connettivo di nuova formazione, ricco sempre in sostanza jalina, nasceva dalla superficie del tessuto connettivo della congiuntiva normalmente conservato.

Osservò poi, nelle dilacerazioni specialmente, che le cellule epiteliali erano molto manifestamente cigliate.

(A chi potè osservare le preparazioni relative a questo lavoro sembra abbastanza chiara l'analogia tra questa affezione e la psoriasi cutanea, quale venne descritta da Colomiatti (Vedi questa rivista 1874); analogia che fu riconosciuta dall'Autore, in tutto ciò che era possibile. *Il Rel.*).

Note pour servir à l'anatomie patologique de la leucemie; per il dottore Kelsch). *Arch. de physiol.* N. 3 e 4, 1875).

L'Autore racconta di un caso di leucemia a decorso acuto. Uomo

di 28 anni. I primi sintomi della malattia furono osservati nella metà di febbraio 1874 e la morte sorvenne ai primi giorni di aprile. L' esame del sangue fatto durante la vita, dimostrò l'aumento dei globuli bianchi, giunti alla proporzione di 1 per ogni 71 rosso.

L'autopsia dimostrò: nel cuore, ammassi di globuli bianchi; nel fegato, nei reni produzioni di tessuto linfo-adenoide lungo il decorso dei vasi, che, secondo l'Autore, riconoscevano per causa diretta una *leucoemorragia*; nella mucosa dello stomaco e del duodeno una vera *infiltrazione di tessuto adenoide* fra i tubi di Lieberkühn e gli acini delle ghiandole del Brunner; nell'intestino ipertrofia delle placche del Peyer.

Descrivendo poi le alterazioni riscontrate nello sterno, nelle vertebre e nelle epifisi delle ossa lunghe, l' Autore dice che non ha più trovato traccie dell' apparenza normale del midollo di queste ossa, avendo visto da per tutto gli spazii midollari pieni esattamente di cellule linfatiche comprese nelle maglie di un reticolo dimostrabile collo spennellamento delle sezioni di esso midollo, reticolo sostenuto da numerosi capillari zaffati da globuli bianchi.

Ueber Veränderungen im Gehirn bei abdominaltyphus und traumatischer Entzündung; per L. Popoff. (*Arch. f. path. anat. und phys.* Tomo LXIII).

L'Autore ha esaminato, sotto la direzione di Recklinghausen, il cervello di 12 ammalati morti dal 2° al 3° settenario della febbre tifoide.

Egli ha constatato primieramente un' infiltrazione di piccoli elementi cellulari nel tessuto cerebrale, caratterizzata per lo più da un accumulo di corpuscoli simili ai linfatici attorno alle cellule nervose e dalla penetrazione di alcuni di questi corpuscoli nel protoplasma delle nervose medesime. (Questo reperto ricorda quello, descritto già per la prima volta da Colomiatti, della penetrazione cioè delle cellule linfatiche nel protoplasma delle cellule ganglionali dei gangli del gran simpatico. V. questa rivista 1874. Contribuzione allo studio del cancro e del tubercolo e della istologia patologica del gran simpatico).

Trovò pure piene di simili corpuscoli le guaine perivascolari, e i nuclei delle cellule nervose in via di divisione, nonchè un principio di segmentazione del loro protoplasma.

Queste alterazioni presentano il carattere di un processo acuto e attivo, che si può assimilare ai processi infiammatori. Esse, a detta dell'Autore, non sono tutte ugualmente pronunciate in ogni caso; sono però costanti, la penetrazione dei leucociti nelle cellule ganglionali, e la segmentazione del nucleo di queste ultime.

In una seconda parte del suo lavoro l'Autore paragona le lesioni ora riassunte con quelle che si incontra nelle infiammazioni franche o croniche del cervello, o in altre malattie, come la febbre puerperale, la pneumonite cronica, gli aneurismi cerebrali ecc.

Da questo studio risulta, che le alterazioni tifose del cervello non

hanno alcunchè di speciale. Esse offrono sopratutto dell' analogia con quelle, che si trovano nelle vicinanze degli ascessi.

L' Autore ha provocato inoltre encefaliti in un certo numero di animali, sia esportando una parte del cervello, sia iniettandovi una piccola quantità d'una soluzione d'ammoniaca. Egli ha prodotto così artificialmente le alterazioni precedentemente descritte, sopratutto quando l'infiammazione era estesa alle meningi.

Notò però questo fatto: che cioè solo nella febbre tifoide le modificazioni che si producono nell'apparecchio linfatico conducono una agglomerazione di leucociti negli spazii pericellulari alle cellule nervose del cervello, in un'epoca in cui tali cellule non presentano, che poco o punto di alterazione.

Fin presso a questi ultimi tempi si considerava che le cellule nervose fossero incapaci di proliferazione, e i prodotti della irritazione erano devoluti agli elementi della neurolia e delle pareti vascolari, oppure ai leucociti del sangue. Tigges (*Zeitschrift für Psychiatrie*, volume XX), dimostrò per primo la proliferazione dei nuclei delle cellule ganglionali. Dopo un gran numero di autori ha ammesso questo fatto. Ma Popoff fa rimarcare che non bisogna accettarlo che con prudenza, vista la possibilità di confondere i nuclei delle cellule ganglionali coi leucociti venuti nelle cellule stesse dal di fuori.

È poi nello scopo di ben distinguere questi due elementi, che egli ebbe l'idea di iniettare nel sangue, o nel cervello degli animali messi in esperimento, l' inchiostro di china e il cinabro. Però con questo mezzo non arrivò alla desiderata meta, ma scoperse un fatto interessante, quello cioè della penetrazione dei granuli di inchiostro o di cinabro nel protoplasma delle cellule nervose, ciò che prova la loro contrattilità.

Bemerkungen über Riesenzellen und ihr Verhältniss zur Tuberculose. (*Nota sulle cellule giganti e loro rapporti colla tubercolosi*), per Carlo Friedlaender. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1874 N. 37, 14 settembre).

L'Autore intende per cellula gigante una massa di protoplasma di dimensioni relativamente considerevoli, di forma assai varia, sferica, piatta od allungata, con contorni lisci o muniti di prolungamenti più o meno numerosi, e racchiudente un gran numero di nuclei.

Dice che queste cellule si incontrano allo stato normale in un gran numero di circostanze, ma principalmente nel sistema osseo, dove Robin le ha, per primo, segnalate. Rammenta come la loro presenza sia stata constatata nelle infiammazioni semplici delle sierose (Kundrath) della cornea, delle ossa, ecc. (Stricker, Hetzmann): dopo l'introduzione di corpi stranieri nella cavità peritoneale (Herdenhain), ove subiscono allora la degenerazione grassa; nel tessuto sottocutaneo, dove Langhans mettendo un po' di sangue fresco sotto la pelle d'animali, vide ben tosto il coagulo contornato d'uno strato continuo di cellule giganti, che gli fornivano una specie di epitelio; nell' interno degli alveoli polmo-

nali nella pneumonite cronica, dove sono frequentemente in preda a degenerazione grassa, e contengono bene spesso granuli di pigmento; negli alveoli del cancro; ed afferma che Zeloncko le ha trovate in un caso di ipergenesi rapida dell'epitelio della cornea, e Weigert nelle porzioni periferiche delle pustole vaiuolose; che furono pure rinvenute nella lebbra; e che si incontrano anche costantemente negli assorbimenti morbosi della sostanza ossea, in seguito a pressione od a carie (Kölliker, Bassini, Wegner, Köniz, Rustizky): in molti sarcomi del periostio e del midollo delle ossa, nonchè in altri sarcomi delle parti molli detti perciò *sarcomi con cellule giganti.*

Infine asserisce che esse formano un elemento pressochè costante, del tubercolo (meglio affatto costante. — (*Il Rel.*).

La sostanza che le costituisce è anche secondo lui ordinariamente di natura albuminoide ora finamente, ed ora grossolanamente granulosa, contenente spesso goccioline di grasso più o meno voluminose.

L'Autore non ha potuto stabilire nel suo lavoro quale sia la loro importanza; accetta però l'opinione di Kölliker per ciò che riguarda il il sistema osseo.

Riguardo poi alle maniiestazioni vitali di queste stesse cellule è a ricordarsi che Rustizky trovò che le cellule giganti del sistema osseo godono di movimenti amiboidi, e che Friedländer ha visto più volte succedersi nelle cellule giganti dei tubercoli alcuni cambiamenti di forma, ciò che prova evidentemente la contrattilità del loro protoplasma che si può del resto anche ammettere per ciò che le dette contengono spesso globuli sanguigni e granulazioni pigmentarie.

(Il fatto della contrattilità del protoplasma delle cellule giganti nel tubercolo, appoggia l'idea della possibilità della migrazione loro negli interstizii dei tessuti, come causa di tubercolosi secondaria (1). (*Il Rel.*).

Sull'origine delle cellule gigantesche del sarcoma giganti-cellulare, del tubercolo, e delle ossa; per A. Visconti. (*Rend. del Regio Istituto Lombardo di scienze e lettere* 1874 fasc. del 10 dicembre pag. 821).

Visconti pensa che le cellule giganti si formino o nell'interno dei vasi o fuori di essi.

Gli elementi in questione si originerebbero, secondo Lui, « dal detrito granulare dei globuli sanguigni rossi, insieme forse con sostanza albuminoide del sangue, il qual detrito impiglia elementi cellulari, che costituiscono delle medesime cellule giganti i rispettivi nuclei. »

Quando le cellule giganti si originano entro i vasi, i nuclei possono essere dati dai globuli bianchi del sangue o dall' endotelio dei vasi, o fors'anche dagli stessi elementi della parete vasale (*nuclei periferici*). Se le cellule giganti si formano fuori dei vasi, ossia per metamorfosi granulare dei globuli rossi stravasati, allora i nuclei sono costituiti dalle cellule rotonde e piccole dello stroma sarcomatoso, se si tratta

(1) Vedi sopra *La tubercolosi nel nervo frenico* per il dott, Colomiatti.

di sarcoma; oppure dagli *elementi linfoidi del tubercolo*, se si tratta di quest'ultima neoformazione.

Sulla struttura del tubercolo; per il dott. Forlanini. (*Annali Universali di medicina e chirurgia*, 1875 fasc. di gennaio).

Forlanini così riassume i punti essenziali della sua interessante comunicazione preventiva:

Ogni nodulo tubercolare è originariamente costituito da un ammasso protoplasmatico formato da numerosi nuclei immersi in una massa granulosa identica al protoplasma delle cellule giganti del tubercolo.

Questa massa iniziale cresce successivamente di volume per aumento della sostanza granulosa, e per una rapida moltiplicazione dei nuclei; a questa moltiplicazione dei nuclei si aggiunge ben presto, *indubbiamente come espressione di un processo regressivo*, una copiosa formazione, nello spessore della massa primitiva, di alveoli, le cui dimensioni sono svariatissime e la cui forma quasi sempre primitivamente rotondeggiante od ovoide, si altera presto per il fondersi di più alveoli vicini, e per le compressioni in vario senso e parziali, che il nodo tubercolare subisce nel crescere e dipendenti dalla natura del tessuto normale, in cui si è sviluppato. L'alveolazione, che di regola ha sede nella periferia della massa protoplasmatica, induce la formazione del reticolo del tubercolo: le residuanti masse protoplasmatiche nucleate, non alveolate, sono le cellule giganti.

Il processo di alveolazione può essere scarsissimo rispetto a quello della proliferazione dei nuclei, come si osserva principalmente nei tubercoli del polmone; allora il reticolo è delicato, esile, talora quasi mancante. Oppure può accadere che si formino molti e grandi alveoli; in questi casi si ha un reticolo bene spiccato ad ampie maglie, nelle quali i nuclei sono scarsi. Oppure le piccole porzioni di protoplasma primitivo residuato nel reticolo assumono proporzioni ragguardevoli; e si hanno così le cellule epitelioidi.

Dal modo con cui si effettuerebbe questo processo, l'Autore spiega poi il trovarsi della cellula gigante talora al centro del nodulo tubercolare, talora alla periferia, ora sola ed ora moltipla.

Di questi noduli, così conformati, la parte più delicata risulta il reticolo, il quale nella *dissoluzione* del tubercolo è il primo a scomparire.

In quanto poi alla origine di queste masse protoplasmatiche Forlanini si trova ancora nell'incerto.

(Da alcuni esperimenti da me eseguiti, e che fra non molto spero di riferire in disteso, risulta che queste masse protoplasmatiche *soggette alla alveolazione*, quale venne testè indicata, si possono svolgere primitivamente, prendendo ad esame le ghiandole linfatiche, nei vasi linfatici e nei seni delle medesime, dove abbondano anche le cellule *epitelioidi* affatto isolate dalle giganti.) (*Il Rel.*).

Experimentelle Erzeugung von Riesenzellen aus farblosen Blutkörsterchen; per Ernesto Ziegler. (*Centralb.* N. 51, pag. 801, N. 58, pag. 913).

Per studiare la proliferazione infiammatoria del tessuto cellulare e specialmente il modo di produzione dei vasi e della sostanza intercellulare, l'Autore ha fatto gli esperimenti seguenti: Egli ha preparato delle sottili lamine di vetro di grandezza differenti e di forma, levigate assai anche negli spigoli e nei bordi. Su ciascuna di esse ha fissato, per mezzo del mastico da porcellana, un sottile copri-oggetto, ugualmente levigato, procurando che rimanesse fra questo e quello uno spazio capillare, isolato pressochè da tutte parti. Introdusse in seguito questo apparecchio sotto la pelle del cane e del coniglio, o nelle cavità sierose di questi animali. In seguito alla irritazione prodotta, nel tessuto connettivo degli animali così operati, da questo corpo estraneo così costrutto, ottenne, nello spazio libero di questo medesimo corpo straniero una neoplasia connettiva, che potè studiare nelle singole sue fasi.

Ottenne sempre, come è naturale, immigrazione di globuli bianchi fra le dette lamine di vetro, e descrisse di questi stessi globuli delle fasi progressive e delle regressive.

Ottenne la formazione di un tessuto reticolato contenente cellule epitelioidi e cellule giganti, le quali ultime consistono in un protoplasma finamente granuloso, contenente grossi nuclei ovali numerosi, e corpuscoli nucleari distinti. Notò che il volume di queste cellule giganti, che sono circondate dalle epitelioidi, è molto variabile, e che provengono come le epilioidi dai globuli bianchi migrati, per un aumento in questi del protoplasma e per la divisione dei nuclei.

Nelle preparazioni contenenti noduli con cellule giganti, l'Autore non ha visto vasi sanguigni neoformati.

Per riguardo alla produzione del reticolo, ossia della sostanza intercellulare, Ziegler venne a questo risultato: che cioè questa sostanza è una formazione pericellulare, secreta dalle cellule stesse.

I vasi di nuova formazione, che osservò talora nelle sue preparazioni, sono, secondo lui, anch'essi formati da una modificazione speciale dei globuli bianchi, che prendono l'aspetto e la disposizione dell'endotelio vasale.

La produzione di noduli sopra descritti, dice l'Autore, potrebbe essere paragonata a *certe forme di tubercoli;* o, in altri termini, il tubercolo, colle sue cellule giganti è un focolaio infiammatorio, nel quale i globuli bianchi del sangue si accumulano in un punto, e vi percorrono le fasi di uno sviluppo speciale. Questo sviluppo risulta, secondo Ziegler, da una nutrizione imperfetta delle cellule, e insufficiente per dar nascita a tessuto connettivo. Le cellule giganti dovrebbero dunque essere considerate come una produzione cellulare imperfetta.

Nel N. 58 dello stesso giornale, l'Autore fa queste aggiunte: Si

vede da prima in un leucocita il protoplasma divenir granuloso, ingrandirsi il nucleo, prendere una forma ampollare e un nucleo apparire. Poscia al protoplasma aumentato s'aggiunge quello dei globuli bianchi vicini. Quando la cellula gigante è fissata nel reticolo, questo appare su una estensione considerevole come privo totalmente o in parte del suo contenuto. I nuclei si moltiplicano per divisione.

In qualche caso la formazione delle cellule giganti ha luogo per la fusione di più leucociti.

(Vedremo fra non molto, come la neoplasia descritta da Ziegler, possa essere paragonata non al tubercolo, che è un neoplasma da causa specifica, non un neoplasma puramente infiammatorio, ma piuttosto al vero lupo descritto poco tempo fa da Colomiatti. *Il Rel.*).

Sulla tubercolosi nei ganglii del gran simpatico e nei nervi, e sulla tubercolosi primitiva della dura madre rachidiana; per il dott. Colomiatti. (*Giornale della R. Acc. di Medicina di Torino 1875*, 10 febbraio).

Il non essersi ancora, prima di questa pubblicazione, trovato il tubercolo nel sistema nervoso ganglionale e nei nervi periferici spinali, determinò l'Autore alla diffusione dei fatti seguenti:

1.° Nel cadavere di una ragazza, morta per tubercolosi diffusa, trovò: un nodo grosso come un cece, nella massima sua parte caseoso, sul ganglio penultimo dorsale sinistro del grande simpatico; un nodo simile sul tronco di comunicazione fra questo ganglio ed il sovrastante; ed un altro sul ramo spinale ultimo dorsale sinistro, comunicante col simpatico.

L'esame microscopico gli mostrò essere questi nodi tubercolari; avendo rinvenuto dei tubercoli (costituiti dalla solita cellula gigante e dalle cellule epitelioidi) nella guaina connettiva del ganglio nell'interno del medesimo, e nel perinervo dei tronchi summenzionati, prominenti verso gli elementi nervosi.

2.° In una donna, morta per tubercolosi polmonale ed intestinale, la quale in vita presentava una forte subcontinua neuvralgia intercostale sinistra, trovò: nella metà circa dello spazio corrispondente ad essa neuvralgia (5°) diversi nodi quasi del tutto caseosi, grossi come un grano di meliga, ben circoscritti sui nervi e vasi intercostali. Questi nodi erano tutti tubercolari, avendo egli rinvenuto tubercoli ben costituiti nell'avventizia dei vasi corrispondenti e nel perinervo dei nervi.

Prima di chiudere questo suo lavoro riferì ancora brevemente di un caso di *tubercolosi primitiva della dura madre rachidiana*, come causa di neuvralgie intercostali e lombo-addominali.

Dopo d'aver asserito che in nessun altra parte dell'organismo esistevano tubercoli (asserzione appoggiata al risultato della autopsia completa ed all'esame microscopico), e che l'individuo che egli aveva sezionato era di una costituzione robusta, passò brevemente in ras-

segna le alterazioni macroscopiche riscontrate sulla dura madre in questione, le quali si rivelavano sotto forma di un *inspessimento* irregolare della dura madre medesima, esteso, per la metà sinistra, dal corpo della 6ª vertebra dorsale fino alla fibro-cartilagine interarticolare esistente fra il corpo della 11ª e quello della 12ª.

Questo inspessimento aveva in più siti alcuni punti, nei quali la consistenza era minore delle rimanenti parti. Spaccato, era in questi siti medesimi scavato da cavità ripiene di una sostanza caseosa. Attorno a queste cavità notò punti grigiastri. Esso interessava anche quella breve porzione di questa stessa dura madre, che trovavasi ad accompagnare i quattro ultimi paia nervosi dorsali, ed i tre primi lombari sinistri che avevano perciò dovuto subire una compressione assai dolorosa e che erano difatti in vita sede di dolori neuvralgici molto ostinati.

L'esame microscopico gli dimostrò essere tale inspessimento il risultato di una tubercolosi, che chiamò perciò *primitiva*.

Sulla struttura e genesi del Calazion, con osservazioni sulla origine epiteliale delle cellule giganti; per il dott. Carlo De-Vincentiis (*Mov. medico chirurgico di Napoli*, N. 19 e seg. 1875).

L'Autore dopo d'aver riassunto la letteratura sufficientemente vasta relativa a questo argomento, non prima però d'aver premesso che la storia del calazion è legata così intimamente a quella dell'orzaiuolo, che non è possibile discorrere dell'una senza far menzione dell'altra; dopo d'aver osservato che fino a quando si è voluto studiare la genesi e la struttura di questo tumore solo coi mezzi che forniva la clinica, si sono emesse le più svariate opinioni, ma che non appena ha formato oggetto di ricerche anatomiche si è venuto a conclusioni molto affini specialmente per ciò che riguarda la struttura; afferma che l'obbietto principale del suo lavoro è la genesi, ancora controversa, di questa lesione.

Hanno formato oggetto delle sue ricerche 11 casi di calazion, dei quali sette sono stati estirpati per intiero insieme al tarso ed alla congiuntiva, e quattro solo parzialmente. Ed a questo proposito fa notare appunto la circostanza, che cioè se si vuole studiare bene il calazion bisogna che sia esportato insieme al tratto corrispondente del tarso e della congiuntiva.

Ecco ora le conclusioni, che, a proposito della struttura di questo tumore, l'Autore ha tratto dalla sua descrizione.

1.° Il calazion è un tumore, che, in qualunque stadio del suo sviluppo, ha sempre intime relazioni con quel tratto del tarso su cui poggia, inquantochè questo costantemente forma parte della capsula fibrosa che lo involge, per cui è sul tarso medesimo immobile fin dall'inizio del suo sviluppo.

2.° Il calazion risulta essenzialmente di una capsula fibrosa periferica, e di un tessuto di granulazione centrale.

3.° Che la capsula alla sua volta si compone di una porzione più

estesa che circonda gran parte della neoplasia, e d'un'altra più breve, su cui s'impianta il tumore, che è una porzione del tarso. La prima è inegualmente spessa, di struttura fibrosa, talvolta con poche fibre elastiche, ed infiltrata più o meno di cellule indifferenti. Nella stessa possonsi trovare sopratutto in vicinanza dei punti di innesto col tarso, residui di follicoli ghiandolari meibomiani con contenuto di sebo e senza, nidi cellulari isolati perfettamente dal tessuto fibroso di essa o comunicanti col tessuto grigio centrale del tumore, focolai simili con una o più cellule giganti nel centro, ovvero con una o più cavità contenenti sebo, circondate da epitelio e da cellule giganti. Possono rafforzare questa sezione della capsula alcune fibre muscolari dell'orbicolare involte nel tessuto fibroso. La porzione più breve, o tarsale che dir si voglia, anche quando il tumore è di piccolissimo volume e di poca durata, mostra sempre un assottigliamento nel suo mezzo, che nel crescimento ulteriore del nodulo neoplastico può giungere a tale da incurvarsi ad arco, e fin'anco da perforarsi, dando luogo talvolta da questa apertura, dopo la fuoruscita o no di parte del tumore, alla formazione di bottoni carnosi esuberanti. La struttura di questa parte della capsula è grandemente alterata, inquanto chè il tessuto fibroso di essa mostra focolai di infiltramento cellulare, ed il sistema delle ghiandole meibomiane vicine al punto mediano è notevolmente modificato nella sua disposizione e struttura, e proprio nel suo mezzo per una estensione più o meno grande è completamente scomparso. L'alterazione nella disposizione e nella struttura delle ghiandole si rivela dal non vedere più i corti condotti escretori rettilinei coi follicoli che si dipartono regolarmente da esso, ma invece distorti ed ora ristretti, ora dilatati, e coi follicoli glandolari ingranditi, forniti di gemme sovente non più comunicanti con lo stesso, o solo mediante un sottile picciuolo. V'hanno follicoli contenenti cellule epiteliali e cellule giganti, separate fra loro da uno scarso connettivo, che promana dalle stesse pareti. Talvolta all'intorno dei condotti mancano i veri follicoli, ed in loro vece si trovano noduli più o meno ben circoscritti, costituiti da cellule grosse di apparenza epiteliale e da cellule giganti divise e circondate da giovane connettivo.

4.° Che la massa centrale, di consistenza molle e di color grigio, ha per lo più la forma di un grosso nodulo nelle sezioni centrali del tumore, e di più noduli nelle periferiche a cagione di setti fibrosi, che ivi si dipartono in maggior numero dalla capsula, ed è formata da un vero tessuto di granulazione, il quale è composto da una sostanza fondamentale talvolta granulosa, più spesso fibrillare sopratutto alla periferia dei noduli, ove si connette colla sostanza fibrosa dei setti e della capsula, e da elementi in gran parte rotondi, pallidi, scarsi di protoplasma con un grosso nucleo, fornito di uno a quattro nucleoli. Fra questi elementi, nella stessa sostanza fondamentale, se ne veggono, sebbene in scarsa quantità, anche altri più grossi, fusiformi e ramificati, circondati da una sostanza granulosa molto abbondante e con uno o più nuclei talvolta rotondi, tal-

altra ovalari, provvisti di uno o più nucleoli. In alcuni calazion, sopratutto in quelli privi affatto di cavità ghiandolari, occorre di incontrare, massimamente nelle vicinanze del tarso ed anche irregolarmente sparse nel tessuto grigio centrale, delle chiazze costituite di cellule d'apparenza epiteliale, più grandi delle precedenti, spesso poligonali, con uno o più nuclei ovalari forniti di nucleoli, ravvicinate fra loro o divise in gruppi dal tessuto di granulazione, in cui sono comprese. È a notare che massimamente in queste chiazze e nelle loro vicinanze si trovano cellule giganti, onde in questi punti si riproduce l'identica struttura di quei noduli che si trovano nel tarso in vicinanza dei dotti ghiandolari. Le cellule giganti hanno sede dovunque, più di frequente si incontrano nelle vicinanze del tarso, e spesso all'intorno di piccole masse sebacee. Esse sono per lo più globose e della comune apparenza, altre volte invece risultano chiaramente, in tutto od in parte della loro estensione, dall'aggregato di tante cellule giustaposte l'una all'altra, e di frequente portano dentro di loro il prodotto fisiologico delle cellule, da cui l'Autore crede che derivino, cioè a dire dal grasso, sia in forma liquida che cristallina. Nello stesso tessuto di granulazione si incontrano ancora chiazze degenerative.

5.° Che in molti calazion si veggono pure in mezzo alla sostanza grigia centrale una o più cavità, di cui alcune debbonsi ritenere come glandolari, ed altre come lacunari, in seguito di focolai degenerativi del tessuto medesimo, senza tener conto di altre moltissime che senza dubbio sono artificiali.

6.° Che dalla capsula partono vasi, che si ramificano nel tessuto di granulazione. Essi hanno pareti molto sottili, spesso sforniti di avventizia e contengono una gran quantità di corpuscoli bianchi nel loro interno.

Dopo tutto questo l'Autore combatte l'opinione di coloro che credono che il calazion sia una forma cronica di furuncolo, ritenendo che debba definirsi, dal punto di vista della sua struttura, talvolta *un granuloma giganto-cellulare incapsulato*, tal' altra *un granuloma cistico giganto-cellulare incapsulato*.

Fondandosi poi sulle basi anatomiche da lui descritte e poco sopra riferite perchè il tutto possa essere meglio giudicato, afferma che l'origine del calazion è nelle ghiandole di Meibomio, le cui cellule epiteliali, secondo lui, si ingrandiscono da prima, acquistano più nuclei, e *vanno talvolta fino alla formazione del pus?*

Discorre in ultimo della cellula gigante, radunando nel suo scritto pressochè tutte le opinioni emesse relative alla loro origine ed alla loro significazione; ed ammette che siano per lo più costituite dalla fusione di più cellule epiteliali in un unico corpo cellulare.

Contribuzione clinica ed anatomo patologica alla tubercolosi oculare; per il prof. N. Manfredi. (*Annali di ottalmoiatria*, 1875).

(Il relatore lascia agli specialisti di ottalmoiatria il riassunto della

parte clinica di questo interessante lavoro, specialmente perchè deve solo occuparsi in questa sua rivista di anatomia patologica).

In questo lavoro il prof. Manfredi parla di un caso di *infiammazione tubercolosa oculare*, molto più spiccato di quello descritto già da Perls, e da lui riferito, somministratogli da un paziente ricoverato nella clinica oculistica di Pavia nel 1873; nonchè di un caso di neoplasia tubercolare primitiva dell' iride.

Nel primo caso si trattava essenzialmente di una tubercolosi cronica della coroidea, che motivò l'enucleazione del globo oculare. Essa si offriva per la massima parte della sua estensione tanto inspessita da misurare più o meno regolarmente, secondo le regioni, lo spessore di poco più di un millimetro. Appena all'esterno ed un po' in alto del punto d'entrata del nervo ottico, questo spessore aumentava rapidamente per effettuarsi ivi d'un tratto un grosso nodo elevantesi ulteriormente sulla superficie coroideale, e sporgente verso l' interno dell'occhio, della lunghezza di 7 ad 8 millimetri, dello spessore di 4 a 5 millimetri, biancobigio variegato alla superficie di sezione, infossantesi alquanto all'esterno, scavando nella corrispondente interna superficie della sclerotica, dalla quale il nodo non si mostrava più separato per la esterna linea oscura notata lungo il resto della coroidea.

Il bulbo offriva una prominenza emisferica del volume di una mezza nocciola applicata sulla parte interna del meridiano orizzontale ed emisfero anteriore, rasentante col margine anteriore della sua base rotonda, il margine interno della circonferenza corneale.

Or bene in corrispondenza di questa prominenza estrabulbare sembrava farsi ectasica al centro e cedere colla sclerotica la coroidea, per continuarsi, fondersi e confondersi colla massa neoplasica, onde quella era costituita.

Nel secondo caso trattavasi di una neoplasia un po' peduncolata elevantesi nella camera anteriore tanto da toccare colla sommità la superficie interna della cornea, e da spingere notevolmente all'indietro l'iride, avente radice profonda nella metà interna della zona dell' iride, per continuarsi dalla parte corrispondente all'indietro tra il corpo cigliare e la sclerotica, invadendo il primo in tutto il suo spessore e posteriormente fino alla sua terminazione verso l'apice del muscolo cigliare, ed attraversando la seconda in modo da farsi estrabulbare.

L'esame microscopico fatto con somma accuratezza tanto della coroidea del primo caso, come del tumoretto dell' iride del secondo, è una prova incontestabile della esattezza delle diagnosi più sopra annunziate.

I noduli tubercolari che descrisse l'Autore sono abbastanza caratteristici; e quelli che disegnò nella sua tavola prima al N. 6 sembrerebbero al Forlanini risultanti dalla alveolazione di una ampia massa protoplasmatica primitiva molto nucleata.

La tubercolosi in rapporto colla economia sociale e rurale; per il prof. E. Perroncito (*Annali della R. Accademia di Agricoltura di Torino, 1875*, vol. XVIII).

L'Autore discorre da prima in generale, in questo suo elaborato lavoro, della tubercolosi nell'uomo e negli animali, e fa giustamente notare che i caratteri essenziali riguardanti la struttura del tubercolo quali vennero, dopo i lavori di Langhaus specialmente, di Rivolta e suoi generalizzati da Schüppel, sono identici da per tutto.

Parla a lungo della genesi della cellula gigante, con perfetta cognizione della letteratura in proposito e nell'incertezza delle sue conclusioni pare voglia avvicinarsi a Forlanini, almeno per ciò che spetta la così detta tisi perlacea dei bovini.

Appoggia anche l'idea che la scrofola negli animali possa considerarsi come una tubercolosi ghiandolare, ciò che Friedländer disse con buoni argomenti a proposito dell'uomo.

Si dimostra in ultimo, coll'appoggio degli esperimenti eseguiti a più riprese da molti insigni patologi e da lui ripetuti più volte, favorevole alla opinione, che fa della tubercolosi una malattia da infezione, ammettendo che il materiale infettivo in questo caso sia un *quid* ignoto sciolto nel liquido, che si può spremere da focolai tubercolari; poichè questo liquido, ripetutamente filtrato, diede, anche nelle sue mani, colle iniezioni sottocutanee, sviluppo di tubercolosi negli animali.

Però non si dichiara contrario a quell'altra opinione, appoggiata dal Relatore, secondo la quale la tubercolosi può anche diffondersi nell'organismo per mezzo del trasporto di cellule distaccatesi dai noduli tubercolari; le quali portano sicuramente con loro il principio infettivo, nel tempo istesso che, potendo ancora godere delle proprietà nutritiva e riproduttiva, sono capaci di sviluppare, nei punti in cui vanno a fermarsi, una neoformazione di struttura identica a quella della quale provengono.

A proposito poi della utilizzazione nelle famiglie della carne e del latte di animali affetti da tubercolosi dice che finora la scienza non possiede ancora conclusioni certe, e che sono all'uopo necessarii nuovi studi e nuove osservazioni. Suggerisce però, in via di prudenza: 1.° che vengano esclusi dalla alimentazione almeno quegli animali, che presentano tubercolosi diffusa ai loro visceri più importanti; 2.° che essendo, particolarmente nelle città grandi, difficilissima, se non impossibile, una rigorosa sorveglianza sulle quàlità del latte, ogni famiglia sottoponga il latte vaccino ad una prolungata bollitura, prima di adoperarlo per gli usi domestici.

Sulla tubercolosi della pelle e delle piaghe. — Osservazioni del dottor L. Griffini. (*Giornale Italiano di malattie veneree e della pelle* 1874, fasc. 6°).

L'Autore in un caso di *lichen sifilitico lenticolare e piatto* raccolto nel 1872 all'ambulanza della clinica delle malattie cutanee e sifilitiche

di Pavia, diretta dal prof. Scarenzio, trovò che nella papula, che caratterizzava questa affezione, esistevano noduli composti di una cellula gigante polinucleata, munita di prolungamenti pure nucleati in massima parte, e circondata da molteplici cellule epitelioidi; noduli quindi in tutto simili ai tubercolari.

Noduli così conformati rinvenne eziandio in un caso di lichen sifilitico lenticolare, raccolto nel 1874 a Lodi.

Ebbe quindi in questi due casi la prova dell'esistenza della neoplasia, che attualmente si ritiene per tubercolo, nelle manifestazioni cutanee della sifilide secondaria, ciò che va d'accordo coi reperti di Bizzozero e di Köster, dei quali, il primo trovò lo stesso neoplasma nella sifilide antica, ed il secondo nella sifilide primitiva.

Descrisse in seguito un caso di tubercolosi della pelle, a conferma dell'esistenza di una *vera tubercolosi cutanea;* nonchè il caso di tubercoli in una *piaga fungosa del gomito sinistro,* comunicato già dal prof. Bizzozero alla R. Accademia di Medicina di Torino e pubblicato nel maggio 1874 nel giornale della medicina.

Il tubercolo solitario della dura madre; Osservazioni raccolte dal dott. C. Bozzolo in Milano. (*Annali Universali di Medicina,* Vol. 232. Anno 1875).

L'Autore parla da prima delle osservazioni che la scienza possiede sulla tubercolosi miliare della dura madre, ed, appoggiandosi alla letteratura dell'argomento, dice che rarissima è la tubercolosi miliare della dura madre, e assai rara la tubercolosi in genere di questa membrana. Egli poi in 387 cadaveri dell'Ospedale Maggiore di Milano rinvenne due volte soltanto il tubercolo solitario in questione, cioè una volta in un ragazzo di due anni, ed un altra in una giovinetta di 16, entrambi morti per tubercolosi diffusa. Ne raccolse poi ancora un altro a Torino in un cadavere di uomo di 27 anni, morto all'Ospedale di S. Luigi, e sezionato dal Relatore, il quale inoltre trovò all'autopsia di questo cadavere: tubercolosi meningea con meningite della base: tubercoli del cervelletto; tubercolosi polmonale ed enterica, fleboliti splenici, focolai caseosi dell'epididimo sinistro, ascesso caseoso sotto-aponeurotico dell'avambraccio sinistro, tubercolosi peritendinea degli estensori digitali della mano sinistra, gonartrocace sinistro con tubercoli della sinoviale. Questi tre *tumoretti solitari* stavano sulla dura madre craniana. In essi riscontrò i noduli caratteristici, ritenuti attualmente come rappresentanti i veri tubercoli.

Di queste tre osservazioni è interessante assai la terza, per la questione, tanto discussa in questi ultimi tempi, della genesi delle cellule gigantesche tubercolari; giacchè in essa vengono descritte forme cellulari giganti, che si potrebbero dire cellule endotelioidi della dura madre ingrossate ed alcun poco modificate.

In questi tre casi però si tratta sempre di tubercolosi della dura madre coesistente colla tubercolosi diffusa ad altri organi, non già di

tubercolosi primitiva come è il caso descritto dal Relatore, e riferito più sopra.

Contribuzione alla istologia patologica della sifilide costituzionale ed allo studio della genesi delle cellule giganti; per il dott. Colomiatti. (*Gazzetta delle Cliniche di Torino*, 1875, N. 33).

L'Autore in questa sua breve comunicazione parlò dei lavori di Bizzozero, di Köster e di Griffini, relativi alla esistenza di noduli tubercolari completi in affezioni specialmente cutanee, sifilitiche, tanto primarie, che secondarie e terziarie, e disse: che ove non si possa escludere l'idea della coesistenza nello stesso individuo di due processi morbosi essenzialmente diversi (tubercolosi e sifilide), nasce il dubbio se la sifilide e la tubercolosi non erano, almeno in quanto alla loro morfologica manifestazione, due malattie identiche.

Quindi descrisse in ghiandole linfatiche inguinali e crurali, tolte ad un individuo morto all'Ospedale dei sifilitici a Torino in seguito a sifilide costituzionale, nodi per nulla simili ai tubercolari, quantunque all'aspetto macroscopico apparissero come tali ed in preda a degenerazione caseosa. Essi erano costituiti: alla periferia, da cellule grosse il doppio circa delle ordinarie del reticolo Malpighiano, constanti di un protoplasma molto abbondante finamente granuloso, e di uno o due nuclei piccoli, cellule per lo più rotondeggianti e munite talora di prolungamenti, le quali si trovavano comprese nelle maglie di un grossolano reticolo, formato da fibre riunite a fascii o bandelette, continuantesi esternamente con una capsula sclerosata circondante i nodi stessi; ed al centro da cellule un pò più piccole, in preda a degenerazione granulo-grassa assai avanzata, fra le quali il detto reticolo insensibilmente si perdeva.

Descrisse poi ancora l'induramento dell'ilo dei polmoni dello stesso individuo (polmonite interstiziale sifilitica), induramento caratterizzato all'esame microscopico specialmente da un aumento considerevole del connettivo interlobulare, nel quale si trovavano cellule giganti molteplici munite di parecchi prolungamenti, e il più spesso molto pigmentate, senza che però vi esistessero noduli tubercolari completi.

Notò che attorno a queste cellule non esistevano mai cellule epitelioidi, ma solamente e molto di raro, alcune poche cellule rotonde piccole; e che la sostanza intercellulare, che le circondava, aveva un'apparenza jalina, debolmente striata solo verso le pareti dei minimi bronchi.

Descrisse accanto alle medesime molteplici forme di passaggio fra esse e le connettive fusiformi e stellate del connettivo alquanto stipato; e conchiuse che esse cellule giganti non erano altro che stadii avanzati di ingrandimento delle cellule del connettivo interlobulare ipertrofico ed indurato: non stabilì però nulla relativamente alla genesi di tali elementi in generale, essendo persuaso che dessa non può essere al certo unica.

Fa'le von syphilitischen Miliartubercolose: par E. Aufrecht. (*Deutsch Zeitsch. f. prakt. Med.*, 26 1875).

Il primo caso riguarda una femmina di 21 anni, sifilitica, senza antecedenti tubercolosi, affetta da condilomi e da roseola, morta con le lesioni seguenti: — nefrite interstiziale, — epatite interstiziale — e *tubercolosi molto estesa del peritoneo viscerale e parietale*. Non aveva tubercoli polmonali al dire dell'Autore; ma i polmoni presentavano un'edema considerevole con aderenze, e del resto una consistenza maggiore del normale in corrispondenza della parte antero-inferiore del lobo superiore sinistro.

Nel secondo caso il malato era affetto da ulcerazioni sifilitiche alla gola e alle corde vocali, e da periostite gommosa al frontale ed a parecchie estremità delle ossa lunghe; all'autopsia l'Autore constatò gomme al fegato e numerosi tubercoli miliari sul rivestimento peritoneale del fegato; niente ai polmoni.

Nel primo malato tutto il peritoneo era tempestato di nodosità biancastre dal volume d'una testa di spillo a quella d'un grano di miglio, contornate qua e là da cerchi vascolari, che formavano colla loro confluenza grandi placche d'iniezione Ve ne esistevano in massa nel grande epiploon, del quale il lato sinistro aderiva alla milza. Le intestina erano da esse coperte in tutta la loro estensione. Sulla capsula splenica erano pressochè trasparenti. Al microscopio apparivano composte di piccole cellule rotonde, aggruppate qua e là a cellule più grosse e più oscure, qualche volta anche attorno a masse granulose.

Nel secondo ammalato le nodosità piccole molto serrate, le une bianche, le altre grigie, occupavano la superficie e lo spessore del rivestimento sieroso di tutta la metà inferiore della faccia anteriore e posteriore dei due lobi epatici. Al microscopio esse presentavano *tutte le forme del tubercolo*, cellulare, reticolato, fibroso. I tubercoli cellulari erano dei più piccoli e non facevano giammai sporgenza alla superficie del peritoneo. Le cellule erano le une piccole analoghe ai corpuscoli della linfa, le altre più grosse a forma irregolare, oscure, poco trasparenti, e attraversanti soventi il tubercolo sotto forma di tratti allungati. La forma delle cellule, come la presenza d'altri noduli al punto di riunione dei tratti, non possono far ammettere, secondo l'Autore, altra cosa che la presenza di vasi linfatici modificati nell'interno dei tubercoli. Le cellule giganti trovavansi in molto piccolo numero.

Il tubercolo reticolato era molto raro. Nei tubercoli fibrosi l'Autore potè distinguere pressochè sempre due zone di sostanza congiuntiva, una periferica ed un'altra centrale avente l'aspetto radiato. In questo punto non vide che poche cellule, e l'aggiunta d'acido acetico non fece apparire che pochi nuovi nuclei, ma dopo il gonfiamento delle fibre connettive vide nello strato centrale piccoli vacuoli, prima molto indistinti. Allora che di questi ne esistevano parecchi, essi sembravano riuniti col mezzo di canali più o meno larghi; — altri canali nascevano

da questi e si portavano verso lo strato periferico, diminuendo gradatamente di ampiezza: — questi canali e questi vacuoli erano parzialmente ripieni di granulazioni in ammassi o isolate.

Questa descrizione non essendo però del tutto conforme alla descrizione che attualmente si dà del tubercolo dalla generalità degli istologi, il Relatore crede si possa a giusto titolo domandare se in tali casi si tratta proprio di tubercolosi, piuttosto che di una neoformazione connettiva, d'altro valore, a forma nodulare.

Sulla natura e struttura del lupo volgare; per il dott. Colomiatti. (*Annali Universali di Medicina*, Vol. 234, 1875).

L'Autore in questo lavoro intese a stabilire la natura connettiva della nodosità del lupo volgare, non chè la struttura della nodosità stessa, che fu specialmente in questi ultimi tempi oggetto di molteplici ricerche per parte di insigni dermatologi ed istologi.

Alla enumerazione dei casi da lui raccolti, ed alla descrizione delle preparazioni relative ai casi medesimi, fece precedere una rassegna classificata dei lavori più interessanti sull'argemento; e dopo d'avere rigettata l'opinione di Rindfleisch, che fa del lupo volgare un'adenoma delle ghiandole sebacee e sudorifere, disse che l'unico lavoro che egli prese in considerazione si fu quello di Friedländer, che identifica questa malattia colla tubercolosi primitiva della pelle.

Se non che dalla sua descrizione risulta che il lupo volgare, come è inteso dai dermatopatologi, deve essere diviso in due specie, cioè in *vero lupo* ed in *pseudo lupo*; intendendo solo per questo la tubercolosi primitiva della pelle con forme esterne *lupose*, e comprendendovi il così detto lupo scrofoloso, o la scrofulide cutanea con forma nodulare ed ulcerativa, ed il lupo che riconosce per causa una sifilide costituzionale antica, almeno per ciò che permettono le attuali cognizioni istologiche sull'argomento.

Diede poi la seguente definizione descrittiva del vero lupo:... Il vero lupo è una neoformazione a base di tessuto connettivo — la quale si manifesta con nodosità grosse da un gran seme di lino ad un pisello e più aventi origine nel derma e contenenti piccoli noduli — le quali nodosità sono costituite da un reticolo simile a quello dei seni delle ghiandole linfatiche, attraversato da molteplici vasi e capillari sanguigni, e racchiudente molte cellule incolore — e nelle quali (nodosità) i noduli sono formati dalla continuazione del reticolo or menzionato divenuto più ampio nelle sue maglie, ed in massima parte da cellule epitelioidi con talora cellule giganti, non aventi però nè queste, nè quelle, col reticolo, altri rapporti che di contiguità, e rappresentanti studii avanzati delle cellule, che, all'infuori dei noduli, tappezzano soltanto le fibre e i fasci fibrillari del reticolo.

Da questa definizione si vede come sia diverso il nodulo del vero lupo da quello del tubercolo; ed a questo proposito l'Autore ricordò il lavoro di Milani nella tubercolosi delle ghiandole linfatiche (*Rivista*

Clinica di Bologna, 1870, pag. 140), nel quale sono descritti noduli tubercolari con reticolo intercellulare, che non è altro tranne il reticolo stesso ghiandolare dilatato in conseguenza dell'aumento in volume delle cellule comprese nelle sue maglie. Notò però che le cellule di questi noduli non sono stadii avanzati delle cellule applicate normalmente al reticolo medesimo, poichè dice Milani di non aver mai visto i *nuclei* di questo *ingrossati* e *moltiplicati*.

Un'altra parte di questo lavoro è relativa alla diagnosi differenziale fra la psoriasi ed il lupo in genere, il quale, sia che dipenda o no da tubercolosi, può talora manifestarsi con forma desquammativa, e mantenersi come tale per un tempo più e meno lungo, a seconda delle circostanze.

In uno dei suoi studi di istologia patologica, pubblicato nel 1874, e riassunto in questa rivista, l'autore sostenne che una delle lesioni principali caratteristiche della psoriasi consiste nella lontananza reciproca delle cellule del reticolo Malpighiano con diminuzione ed omogeneità del loro protoplasma, talora con idrope perinucleare, e con consecutiva dilatazione degli spazii intercigliari, ed ipertrofia delle ciglia, che servono di congiunzione fra le cellule medesime; non chè in una esagerata produzione di sostanza ialina, con somma scarsità di cellule connettive giovani, nello strato papillare del derma.

Or bene nel lupo desquammativo trovò nel reticolo Malpighiano le stesse alterazioni già da lui rinvenute nella psoriasi; ma mentre in questa osservò che gli spazii intercigliari erano vuoti, in quello vide una moltitudine di cellule rotonde piccole (semoventi) provenienti dallo strato papillare, immensamente ricco di tali cellule, e privo affatto di sostanza jalina. Ciò che dà la spiegazione del fatto clinico, che cioè la squamma del lupo è umida per essudato liquido sottoposto, contenente molteplici cellule semoventi.

Due casi di contribuzione alla genesi dell'epitelioma; pel dott. G. Salvioli. (*Rivista clinica di Bologna*, 1875).

Questo lavoro è una descrizione di due epiteliomi delle palpebre, raccolti alla clinica oculistica della R. Università di Modena, diretta dal prof. Manfredi.

Esso è una conferma del fatto, sostenuto dalla più grande parte degli istologi, che cioè gli epiteliomi in generale si sviluppano solo là dove preesistono epitelii, e che sono un prodotto della moltiplicazione di questi ultimi, i quali col loro sviluppo giungono a distruggere i tessuti delle parti, che prima solamente coprivano.

L'Autore però dopo d'aver terminata la descrizione dei suoi due casi, disse, che all'esame di alcuni suoi preparati gli riuscì assai difficile escludere completamente la compartecipazione delle cellule semoventi dello stroma alla genesi delle cellule epiteliali neoformate; ma non avendo potuto scorgere con certezza stadii di passaggio fra queste ultime e le semoventi stesse, non trasse in proposito alcuna conclusione.

Gli epiteliomi; pel dott. Durante. (Tesi di concorso per la cattedra di Anatomia Patol. nell'Università di Catania. Roma 1875).

Fatte precedere alcune nozioni sulle origini e proprietà anatomo-fisiologiche degli epitelii, l'Autore si appoggiò da prima alla seguente proposizione: I processi patologici, a fondo anatomico, nell' organismo animale non sono altro che l'esagerazione delle attività fisiologiche dei tessuti, o la riproduzione di intieri atti embrionali; quindi dopo di aver detto che la neoformazione dei tumori epiteliali è una delle più manifeste prove di questa legge fondamentale, classificò gli epiteliomi in questo modo:

1.° Epiteliomi semplici { Corneoma / del corpo mucoso di Malpighi.

2.° Epiteliomi glandolari { Semplice / Funzionale.

3.° Epitelioma embrionale, o a cellule embrionali.

Intese per corneomi «quei tumori epidermoidali formati quasi esclusivamente di epitelii cornei, che non danno infezione secondaria nè si addentrano nei tessuti sottocutanei, se incaute cure chirurgiche non disturbano il loro corso senza distruggerli.» Essi sono benigni perchè gli elementi che li compongono sono invecchiati e sforniti quasi di ogni attività cellulare; e comprendono anche il corneoma migrante, che egli crede sia stato forse clinicamente confuso col lupus esulcerato. L'epitelioma del corpo mucoso di Malpighi venne anche da lui chiamato epitelioma semplice propriamente detto, e considerato giustamente come maligno, capace cioè di dar luogo a metastasi. Per la sua formazione fece concorrere non solo i primi strati epiteliali che ricoprono il corpo papillare della pelle e le mucose, ma anche gli epitelii delle ghiandole sebacee e delle sudorifere: e la descrizione che ne diede non è solo istologica, ma anche clinica e macroscopica, epperò possibilmente completa.

Il cancro ghiandolare è per l'autore, giusta i recenti acquisti della istologia patologica, l'epitelioma ghiandolare; ed a questo proposito così si espresse. Nelle ghiandole, di qualunque genere esse siano, esistono due specie di epitelii, cioè a dire i *funzionali*, e quelli di *rivestimento* dei canalicoli escretori; sia gli uni che gli altri, con le loro proprietà fisiologiche, possono presentarsi negli epiteliomi, per cui è necessario suddividere questi in *ghiandolari semplici*, quando si generano dagli epitelii di rivestimento dei canalicoli escretori, o di quelli dei follicoli ghiandolari che hanno perduto l'attività secretiva, e in *funzionali*, quando gli epitelii nel tumore si metamorfosano o segregano come nello stato fisiologico.

Comprese poi negli *epiteliomi a cellule embrionali* quegli epiteliomi,

le di cui cellule epiteliali, sia per la grandezza e forma anatomica, sia per il loro modo di aggrupparsi, fanno ricordare i primi getti, ad esempio, della ghiandola mammaria.

Tutte queste distinzioni furono fatte dall' autore coll'appoggio dei fenomeni clinici che presentano questi diversi tumori, che egli descrisse nel modo il più perfetto possibile, sostenendo sempre più, coll' appoggio dei fatti, che ogni epitelioma si sviluppa da epitelii preesistenti, e che non possono essere il risultato di una produzione connettiva metamorfosata.

Sostenne questa proposizione inoltre col mezzo di fatti raccolti da esperimenti, che egli stesso ripetè su animali, dai quali risulta che solo si può produrre artificialmente un epitelioma per innesto, quando vengono innestate in modo conveniente cellule epiteliali dotate ancora delle loro attività normali: mentre che non si ha mai produzione di epiteliomi, in seguito ad iniezioni fatte con liquidi spremuti da tumori epiteliali di recente esportati, ma ripetutamente filtrati; per cui in questa specie di neoplasmi non vi ha una infezione prodotta da un principio non organizzato e diluito o sciolto in liquidi intercellulari, fatto che invece pare dimostrato vero per riguardo al tubercolo.

A riguardo poi della così detta *copulazione* fra gli elementi epiteliali trapiantati e le cellule connettivali, per cui queste si darebbero a *partorire* epitelii, così si esprime: « Una specie di *copulazione* si può ammettere soltanto tra elementi della medesima classe; anzi è questa forse una maniera di accrescersi di tutti i pseudoplasmi, e in specie dei sarcomi e degli epiteliomi. »

Ed a proposito delle vie di trapiantazione degli epiteliomi, di quelle cioè per le quali le cellule di questi tumori vanno a produrre nei visceri nodi secondarii, siccome si sa che per lo più gli epiteliomi seguono le vie linfatiche, mentre i sarcomi si diffondono preferibilmente per le vene, stabilì questi dati anatomici: che cioè negli epiteliomi in genere le cellule epiteliali sono in immediato rapporto colle lacune e coi vasi linfatici, dai quali in molti punti sono divise semplicemente per mezzo del loro endotelio, e che i vasi sanguigni decorrono fra i fasci congiuntivali, che formano lo stroma di questi tumori, a distanza quindi più o meno rimarchevole dagli accumuli epiteliali; mentre che nella spessezza del sarcoma magno-parvo-fuso- e giganto-cellulare, che più frequentemente ebbe occasione di studiare, non gli è riuscito di trovare vasi linfatici, che formano secondo lui solo attorno al neoplasma una rete rimarchevole; ciò che non è dei vasi sanguigni, i quali vi si trovano in gran numero e attorniati da scarsissimo connettivo fibroso, apparendo anche la più gran parte come canali scavati negli ammassi cellulari sarcomatosi, separati però da questi dal puro loro endotelio, che Durante potè dimostrare colle iniezioni di nitrato d'argento ad un quarto per cento.

Sur le développement de l'epithéliome du corps thyroide; par V. Cornil. (*Arch. de Pysiol. pubb.*, par M. M. Brown Séquard, Charcot, Vulpian, 1875, Aout et Septembre).

Cornil in questo suo lavoro, ricordò da prima il caso di epitelioma del corpo tiroide riferito molto brevemente da Eberth nel tomo LV degli Archivii di Virchow, asserendo essere quello il solo caso posseduto nella scienza, e trovando quindi in questa penuria la ragione della sua presente pubblicazione.

Il tumore che descrisse in seguito appartiene ad un uomo dell'età di 76 anni, morto all'Ospedale della Carità il 22 gennaio 1875, il quale offriva inoltre; 1.° Immediatamente all'ingresso dell'esofago una serie di nodi che sollevavano la mucosa esofagea, e un pò più al di sotto un tumore più considerevole, biancastro, peduncolato, in parte ulcerato alla superficie (forse per l'azione di una sonda esofagea adoperata prima della morte per nutrire l'infermo, poichè del resto la mucosa era sana), di 7 centimetri di lunghezza; 2.° Molteplici ghiandole linfatiche limitrofe ingrossate ed offrenti alla superficie del taglio un colore biancastro, ed una spalmatura di un liquido cremoso.

Non tutta la tiroide trovavasi affetta. A sinistra il tumore era in parte rammollito, e si continuava con il tessuto che formava il grosso nodo saliente nell'esofago.

L'esame istologico, fatto con somma accuratezza dall'autore, dimostrò essere questo tumore un epitelioma primitivo della tiroide, che diede luogo ai tumori secondari esofagei sottomucosi, ed ai tumori delle ghiandole linfatiche.

Siccome della ghiandola rimanevano ancor sane alcune porzioni, così Cornil, facendo tagli estesi comprendenti il limite della parte ammalata, nonchè buon tratto della parte sana, e della ammalata medesima, potè descrivere i diversi gradi di sviluppo della affezione, che egli aveva divisato di studiare.

Vide da prima, vicino ai follicoli sani, altri follicoli, nei quali le cellule epiteliali di rivestimento erano assai più tumide, e munite di uno o due, o di un più gran numero di nuclei ovoidi molto voluminosi contenenti grossi nucleoli brillanti, mentre che la *corona di piccole cellule colloidi interposte fra la massa centrale colloide, scarsa, e il rivestimento epiteliale* era mancante.

Al di là di questi follicoli ne vide altri nei quali l'ipertrofia delle cellule epiteliali era molto più manifesta; ed altri ancora non contenenti più sostanza colloide, ed offrenti invece una ipertrofia con iperplasia marcatissima delle cellule epiteliali sopradette, delle quali alcune rotonde, od a forma varia, assai grosse e contenenti parecchi nuclei stavano nell'interno dei follicoli medesimi.

Trovò anche, sporgenti nelle cavità di taluni di questi follicoli, parecchie vegetazioni papillari, composte al loro centro di un tessuto con-

nettivo fibrillare contenente cellule giovani, ed alla loro periferia di cellule epiteliali tumefatte.

Contribution a l'Anatomie pathologique des maladies palustres endemiques ; par A. Kelsch. (*Idem*).

L'autore divise questo suo lavoro in due parti: nella prima trattò isolatamente delle alterazioni del sangue; nella seconda delle alterazioni patologiche dei principali organi nelle febbri perniciose e nelle cachessie.

Ebbe a disposizione un numero grandissimo di ammalati, e potè studiare 59 autopsie di individui morti sia negli accessi perniciosi, sia durante la cachessia, sia in seguito di una malattia intercorrente sopraggiunta nel corso di una febbre semplice.

Ecco quali sono le conclusioni della prima parte:

Vi sono poche affezioni che producono una oligocitemia così rapida e così profonda, come le febbri paludose nei focolai endemici. Venti a trenta giorni di febbre semplice, remittente, quotidiana o terzana bastano per abbassare la cifra dei globuli rossi da 5,000,000 per millimetro cubo a 1,000,000, e qualche volta anche al di sotto fino a 500,000 per millimetro cubo.

Lo studio delle diverse fasi di questo decrescimento così rapido e dei rapporti suoi con gli accessi fornisce una serie di nozioni, che si possono riassumere, secondo l'Autore, nelle proposizioni seguenti:

L'accesso della febbre semplice esercita una influenza immediata diretta sulle cifre dei globuli rossi. Costantemente essi sono meno numerosi durante l'accesso che prima, e la differenza è ordinariamente di una o più centinara di mille, qualche volta di un milione.

La differenza è tanto più forte, quanto più l'accesso in questione è ravvicinato dal principio della invasione. L'intensità della febbre influisce senza dubbio, ma la prima condizione è di molto più importante. È per ciò che soggetti vigorosi, robusti, perdono al principio d'una febbre (quotidiana o remittente) alla prima invasione 2,000,000 di globuli per millimetro cubo in 4 giorni, e anche 1,000,000 in 24 ore. Se si seguono in essi le variazioni, che il sangue prova con l'evoluzione ulteriore della febbre, si constata che, a partire da un certo momento, ordinariamente allora che la cifra dei globuli si è abbassata a 300,000 per millimetro cubo, si constata che le perdite patite del sangue sotto l'influenza degli accessi sono molto meno forti che al principio; si vedono le cifre dei globuli abbassarsi di 50,000, 80,000, 100,000 al giorno, mentre che tutt'affatto al periodo iniziale, quando il movimento febbrile era in tutta la sua effervescenza, e la composizione del sangue appena alterata, la decrescenza era quasi 10 volte più forte. In altri termini, la decrescenza ha il suo sommo di rapidità nel principio d'una febbre di prima invasione allora che il sangue presenta ancora la sua ricchezza globulare normale, ed essa si attenua di mano in mano che si allontana questo momento, che il sangue si impoverisce.

Una volta che l'anemia paludosa è stabilita, che la cifra dei globuli

rossi è caduta a un minimum di 2,000,000-1,000,000 per millimetro cubo, questa cifra non si abbassa più sensibilmente, ovvero essa non si abbassa che poco e lentamente, anche in seguito ad una serie d'accessi; qualche volta rimonta un poco, quantunque la febbre continui sotto forma d'accessi più o meno. Il più ordinariamente presenta oscillazioni che sono il risultato d'una tendenza alla restaurazione durante l'intervallo apiretico, interrotto pressochè bentosto da un movimento retrogrado che causa un accesso intercorrente; ma le diminuzioni prodotte in questo periodo d'anemia stabilita sono molto meno accusate che nei periodi precedenti, quantunque questi accessi tardivi siano soventi serii per la elevazione di temperatura e i sintomi generali. Soventi anche questo periodo d'oscillazioni di cifre dei globuli rossi costituisce nel suo insieme un periodo di restaurazione, cioè a dire che la mancanza prodotta dagli accessi è sorpassata dall'aumento avvenuto negli intervalli. Sfortunatamente arriva anche qualche volta, che la cifra dei globuli caduta a 1,000,000 per millimetro cubo, resta stazionaria durante settimane con variazioni in più o in meno insignificanti; non vi ha che poco o punto di tendenza alla restaurazione, malgrado la chinachina e il ferro dati ad alta dose, e che gli accessi febbrili siano rari. Questo si presenta negli individui profondamente cachetici, che hanno la milza considerevolmente ipertrofica.

Qualche volta l'Autore ha visto i globuli rossi diminuire in un modo molto sensibile negli intervalli degli accessi, cioè all'infuori di ogni elevazione della temperatura periferica.

Questo fatto raro nelle febbri semplici lo ha incontrato in molti accessi perniciosi.

In quanto ai globuli bianchi l'Autore osservò anche in massima una diminuzione. Constatò però che il loro numero subisce variazioni oscillatorie tali, che non è possibile di supporre le condizioni che le reggono.

Discorre poi in breve delle alterazioni qualitative dei globuli rossi e della macrocitemia. Dice che allorachè si studia il sangue diluito nel siero artificiale, si trovano tre varietà d'aspetto nei detti globuli. Vi sono: 1° globuli pallidi voluminosi; 2° globuli meno larghi, fortemente colorati, più o meno rifrangenti; 3° globuli lisci, molto colorati, e molto rifrangenti.

Or bene, l'osservazione gli ha dimostrato che più l'oligocitemia è profonda, più il numero dei globuli della prima specie supera quello delle altre: essi costituiscono quasi da soli tutta la massa dei globuli, mentre che diminuiscono poco a poco per far posto ai globuli delle due ultime varietà, quando il sangue si rigenera. Nei soggetti poco anemici i globuli pallidi, voluminosi, sono sempre poco numerosi in rapporto cogli altri.

La nozione d'una modificazione di volume nei globuli rossi suggerì all'Autore l'idea di misurare le dimensioni di questi ultimi nei suoi febbricitanti, e giunse al risultato, che i diametri medii dei detti globuli

oscillanti fra 8 e 9 millesimi di millimetro tendono ad aumentare di mano in mano che diminuisce il loro numero.

Tutto ciò nelle febbri semplici.

Riguardo alle febbri perniciose constatò pure la detta diminuzione del numero dei globuli rossi, e stabilì che l'influenza distruttiva dell'accesso febbrile sul sangue è parimenti tanto più limitata, quanto più l'individuo è anemico. Notò poi che non si può stabilire nelle febbri perniciose, come nelle semplici, che la decrescenza dei globuli è generalmente in rapporto con l'intensità febbrile e la rapidità nella successione degli accessi: e vide, anche a differenza delle febbri semplici, che mentre i globuli rossi diminuiscono, aumentano i bianchi fino ad osservarne 1 su 71 rossi.

Passa quindi a discorrere della esistenza nel sangue di individui da malattie palustri, di globuli bianchi impregnati di pigmento nero, sotto forma di granuli arrotonditi o di ammassi più voluminosi, insistendo sulla frequenza di questo fatto, del resto già conosciuto.

Le nozioni fornite dall'esame dei malati studiati dall'Autore, (febbri perniciose, cachessie e febbri semplici in via di evoluzione), possono essere in breve riassunte così:

1.° La melanemia è stata constatata nelle forme perniciose della febbre; il pigmento non è solamente ammassato nelle ghiandole sanguigne voluminose dell'addome, ma circola anche nei vasi della periferia, ove può essere constatato per mezzo del microscopio. La sua presenza diviene un segno diagnostico, che potrà essere utilizzato quando si tratterà di distinguere l'accesso pernicioso da certe encefalopatie gravi, soventi osservate nei paesi caldi.

2.° La melanemia è stata constatata frequentemente nella cachessia paludosa; il pigmento si è mostrato, ora nelle vie circolatorie, ed ora incorporato al tessuto della milza, del midollo delle ossa e del fegato (melanemia e melanosi); ora localizzato esclusivamente in questi ultimi organi; in fine in qualche caso ha fatto assolutamente difetto.

Paragonando insieme le sue osservazioni di cachetici trovò che la melanosi con melanemia si trova nelle cachessie profonde con attacchi di febbri intense: che il pigmento palustre si mostra esclusivamente nel tessuto della milza e del midollo delle ossa, e che esso manca completamente nei vecchi cachetici, che da lungo tempo non hanno più avuto accessi febbrili.

Egli è indotto a credere dalle sue ricerche, che il pigmento è un prodotto costante e caratteristico delle malattie palustri endemiche gravi o di lunga durata, che questo pigmento, come quello che è iniettato esperimentalmente nel sangue, sparisce poco a poco dalla circolazione periferica, per ridursi nel tessuto d'organi speciali, ed in seguito eliminarsi.

Al finire di questa prima parte descrive il modo di ripartizione del pigmento nel sangue e fa notare, che il sangue della vena porta, sopratutto quello della porzione intraepatica, e quello della vena splenica, co-

stituiscono *i veri focolai di pigmento*, il quale è qualche volta libero, ma il più soventi incorporato a elementi cellulari. Il sangue più povero di pigmento è invece quello della crurale, giugulare e delle estremità delle dita. In questo per riscontrare le cellule melanifere, molto rare dice l'Autore, è necessaria molta pazienza, *un pò* di abitudine alle osservazioni microscopiche, nonchè certe precauzioni tecniche.

Nella seconda parte del suo lavoro Kelsch, dice che gli organi si comportano col pigmento melanemico come col pigmento artificiale « (Vedi Ponfick, Studien über die Schicksale körniger Farbeustoffe im Organismus Virchow's Arch. XLIII. — Hoffmann et Langerhaus, ibid. XLVIII). »

Secondo lui, gli uni, i più numerosi, ritengono il pigmento d'una maniera transitoria nei loro vasi capillari; gli altri, in piccolo numero, lo arrestano in un modo durevole e lo incorporano nei loro tessuti. A questo punto di vista li divide in 4 categorie:

1.° La milza ed il midollo delle ossa, ove il pigmento si trova sempre, dal momento del suo sviluppo fino a quello della sua scomparsa definitiva, incorporato agli elementi propri del tessuto.

2.° Il fegato, dove il pigmento è così costante come negli organi precedenti, ma dove esso si trova sempre racchiuso, non negli elementi proprii, ma nei capillari dell'organo. Tardivamente se ne incontra un poco nel tessuto congiuntivo interlobulare, probabilmente nei vasi linfatici.

3.° In una terza serie di organi non si trova il pigmento, che in via transitoria, al momento della febbre, durante il periodo melanemico: in essi è sempre intravascolare. Questi sono il cervello, il polmone, il rene, il cuore, i muscoli, le tonache intestinali, nei quali il pigmento non tarda a scomparire, e lo si riscontra negli organi compresi sotto i numeri 1 e 2.

4.° Infine le ghiandole linfatiche, dove l'Autore riscontrò mai il pigmento fuori dei vasi, ad eccezione delle ghiandole dell'ilo del fegato, che in due casi di melanosi intensa gli hanno presentato numerose cellule melanifere libere, mescolate agli elementi linfatici compresi nel reticolo.

A questa enumerazione fa succedere una dettagliata descrizione e finisce con discorrere del sito, dove si forma il pigmento e del processo per cui si forma, asserendo, che qualunque sia la genesi del pigmento, esso appare nel sangue al momento degli accessi, è rapidamente assorbito dai leucociti, e a partire da questo momento i leucociti melaniferi si comportano assolutamente al punto di vista della loro disseminazione negli organi come le cellule impregnate di cinabro: essi si accumulano nei capillari degli organi, ove la circolazione è rallentata, e quindi nel fegato, che interpone al progredire del sangue una rete capillare, nel midollo delle ossa e nella milza, ove i capillari sboccano in vene molto larghe, circostanza propria a rallentare il corso del sangue. Le cellule melanifere le più piccole, che momentaneamente attraversano i filtri ora menzionati, vengono nella rete capillare del polmone, del cervello e dei reni: le più piccole attraversano ancora questi organi per circolare durante qualche tempo alla periferia. Nella milza e nel midollo delle ossa

il pigmento accumulato abbandona a poco a poco i capillari, grazie le *lacune*, che presentano le vie circolatorie, e si incorpora al tessuto proprio di questi organi, ove soggiorna, come nel fegato, fino alla sua completa eliminazione.

In tesi generale poi stabilisce che da prima il pigmento compare nel sangue (melanemia), e che secondariamente apparisce nei visceri (melanosi).

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA

del dott. G. B. SORESINA.

Pepee — *Sulla cura locale delle caverne polmonali colle injezioni attraverso le pareti toraciche.*

Jaccoud — *Uso del tartaro stibiato nella pleurite acuta con versamento.*

Schultze — *Cura della febbre tifoidea coi bagno freddi; statistica dell'Accademia di Heidelberg.*

Mopler — *Trasfusione arteriosa in seguito di emorragie intestinali sopraggiunte nel corso di una febbre tifoidea.*

Schnitzler — *Della cura pneumatica delle malattie dei polmoni e del cuore.*

Fiechter — *Risultati vantaggiosi dell'amministrazione di clisteri misti di carne e di pancreas.*

De Pietra Santa — *Lozioni pei tisici.*

Corval — *Sull'influenza delle altezze nello sviluppo della tisi.*

Bennet — *Rapporto del Comitato del Brit. Med. Assoc., sulle ricerche intraprese intorno all'azioue dei farmaci.*

Bouchut — *Eserina (alcaloide della fava del Calabar), e sua azione nella corea.*

Suarez y Cruz — *Del modo d'impiego del solfato d'eserina nel tetano.*

Cadet-Gassicourt — *Nota sull'impiego del solfato d'eserina nella corea.*

Binz — *Studio sulla chinina secondo i lavori farmacologici i più recenti.*

Gérard — *La pilocarpina.*

Gubler — *Bromidrato di chinina.*

Pathault — *Bromuro di canfora (canfora bromata di Wurtz). Proprietà fisiologiche ed usi terapeutici.*

Beinier — *Bromuro di potassio; suo uso esterno.*

. . . . . *Acido carbonico nell'emicrania.*

Luton — *I cianuri nel reumatismo articolare acuto.*
Girard — *Proto-ossalato di ferro.*
. . . . . *Acido sali ilico quale disinfettante.*
Barthelow — *Azione combinata del cloralio, morfina ed atropina.*
Oxamendi — *Olio di aleurite triloba.*
. . . . . *Stitichezza e diarrea; impiego di piccoli clisteri d' acqua alcoolizzata.*
. . . . . *Tannino nella corizza degli adulti e dei bambini.*
Leube — *Tannino nella tisi polmonare.*
Prout — *Percloruro di ferro nella corizza.*
Oulmont — *Aconito, suoi preparati, e dell'aconitina.*
Senator — *Dell'uso locale delle injezioni sotto-cutanee d' acido fenico nel reumatismo poliarticolare.*
Macchiavelli — *La conchinina ed i suoi sali.*
Bernard — *Della cura del rachitismo col latte di cagna.*
Bouchardat — *Estratto di carne; sua azione igienica e terapeutica.*
Fourcauld — *Injezioni miste di cloridrato di morfina e di solfato di atropina negli accessi dispnoici dei tisici.*
. . . . . *Alimentazione artificiale dei bambini.*
Windelbaud — *Injezione d' acqua calda per arrestare l' emorragia uterina.*
Barallier — *Clistere vinoso.*
. . . . . *Incontinenza d'urina; sua cura.*
Lefort — *Nuovo cataplasma.*
Junot — *Dell' emospasia.*
Blanc — *Goa in polvere; del suo uso esterno nelle malattie della pelle.*
Barboo — *Jatrofa curcas, potente emostatico.*
. . . . . *Garcina mangostana.*
Planat — *Picrotoxina. — Ricerche fisiologiche e terapeutiche.*
. . . . . *Silfio cirenaico.*
Ubicini — *Tajuja.*
. . . . . *Timol.*
. . . . . *Vandellia diffusa.*
Denison — *Acido salicilico nelle scottature.*
Robin e Gosselin — *Acido benzoico nella cura dell'urina ammoniacale.*
Priolo — *Pasta escarotica.*
Herdenson — *Vescicante all'acido fenico.*
. . . . . *Ragguaglio clinico sulla medicatura antisettica.*
Limousin — *Dei suggelli medicinali.*

Sulla cura locale delle caverne polmonari colle iniezioni attraverso le pareti toraciche; del dott. Pepee. (*Il Movimento.* Dicembre 1875).

L' autore innanzi tutto dà uno sguardo storico retrospettivo sulla

cura operativa delle malattie polmonari con formazione di caverne. Risulta da esso, che tale operazione proposta da Baglivi nel 1696, da Barry nel 1727, fu eseguita per la prima volta in Londra nel 1845 da Hastings e Storks. Il caso relativo, nel quale per l'esitenza di una grande caverna situata nell'apice del sinistro polmone, fu fatta un'incisione nel 3.° spazio intercostale, e mediante un catetere elastico fu ripulita ogni giorno la cavità, si trova riferita nella *London Med. Gaz.* 1845, V. XXXV, pag. 378. Il decorso favorevole ulteriore fu pubblicato dal dott. Hooken. Questo caso trovò nella letteratura poca considerazione, e sembra anzi fosse affatto sconosciuto anche da Mosler, mentre nella *Berlin Klin. Wochenchrift*, 1873, 27 ottobre, quest'autore scrive: « Tale proposta fu rinnovata da Masse, Heff, Hoen, per altro senza successo pratico. » (1).

Prima che fosse nota in America la pubblicazione di Mosler, e senza avere conoscenza dei tentativi d'iniezione istituiti negli animali da Koch, l'autore (febbraio 1874), mediante una fina cannula spinta attraverso le pareti toraciche, iniettò una soluzione allungata di jodio per curare una caverna polmonare. Le sue esperienze si estendono a 8 casi. In 3 casi si constatò un notevole miglioramento, 4 terminarono letalmente; 1 non offrì una conclusione certa sull'efficacia della cura, essendosi fatto solo due volte le iniezioni. L'autore non vide in nessun caso effetti spiacevoli dalle iniezioni. Egli riassume la sua Memoria nelle proposizioni seguenti:

1.° L'idea di aprire le caverne polmonari mediante una incisione trapassante la parete toracica è antica quanto Baglivi (1696), e forse anche più; frattanto, in causa dell'imperfezione degli antichi rapporti, è difficile il rilevare, se effettivamente una tale operazione fosse eseguita da Barry, o non lo sia stata mai prima del secolo attuale (Hastings, Storks).

2.° L'idea di avviare una cura continuata di tali caverne mediante farmaci introdotti direttamente per la parete toracica, data soltanto dagli ultimi anni (Mosler).

3.° La innocuità della lesione di un polmone sano fatta con aghi fini, fu dimostrata per incidenza dai difensori dell'agopuntura, ed ultimamente da Koch e da altri.

4.° Le operazioni di Storks e Mosler hanno dimostrato, che le caverne polmonari sopportano assai bene gli atti operativi esterni, e che si possono incidere ed introdurvi cannule e svariati farmaci in semplice soluzione o polverizzati.

5.° Le osservazioni particolari dell'autore hanno mostrato che la cura locale delle caverne polmonari con ripetute iniezioni iodate viene tollerata senza dolore, senza emorragie e senza irritazione traumatica.

6.° I casi più adatti a simile cura sono quelli in cui esiste un'unica

(1) Nell'anno VI, Vol. I, pag. 467 di questa Rivista, abbiamo riferito l'articolo di Mosler sulla *Cura delle caverne polmonari.*

caverna superficiale, non tubercolare: frattanto è da attendersi un qualche miglioramento anche quando il resto del polmone è compartecipe del processo, e quando è attaccato anche l'altro.

7.° L'azione di questa cura locale consiste principalmente in un cangiamento nelle pareti della cavità La suppurazione diminuisce, e con essa la febbre etica ed il pericolo di una infezione generale. Col cessare della tosse viene concessa una certa quiete alla caverna. In breve, la cura favorisce la cicatrizzazione ed il raggrinzamento delle caverne.

8.° I casi addotti disopra, in cui furono fatte oltre a 70 iniezioni, dimostrano che questa cura non ha alcun pericolo

Uso del tartaro stibiato nella pleurite acuta con versamento; del prof. Jaccoud. Ospitale Lariboisiére. (*Journ. de médec. et de chirurgie prat.*).

Nei casi di pleurite recente con versamento, quando la febbre è persistente, ed i malati non molto indeboliti, Jaccoud usa volontieri il tartaro stibiato ad alta dose. Lo scopo di questo modo di medicazione consiste specialmente nel determinare delle abbondanti evacuazioni, nell'atto stesso che s'ottiene una diminuzione dello stato febbrile. Perciò devesi amministrare il farmaco in guisa tale da raggiungere il primo effetto. La dose impiegata è di 0,30 a 0,40 centigrammi di tartaro stibiato, secondo la costituzione del soggetto, dato in un siroppo gommoso. Il malato lo prende a cucchiai d'ora in ora nel corso della giornata, ma se la depressione che ne risulta sembrasse troppo considerevole, farebbe mestieri sospenderne l'impiego. Quando il tartaro stibiato ha prodotto la sua azione completa, nello scopo di rialzare le forze del malato gli si amministra una pozione cordiale contenente quattro grammi d'estratto di china, sovente anche addizionata da 40 a 60 grammi di acquavite o di rum, e continuata il giorno successivo. Preso in questo modo, il tartaro stibiato determina generalmente delle evacuazioni abbondanti, vomiti e scariche, e se si ha cura di sorvegliare lo stato del malato e di sostenere in seguito le sue forze, è agevole di convincersi che parecchi individui che, a primo aspetto, sembrano dovere molto soffrire da una cura così energica, ne sopportano al contrario gli effetti benissimo. L'autore cita qui tre casi di pleurite nei quali questo modo di cura è stato impiegato.

Una ragazza, di sedici anni, di costituzione delicata, entrava nella sala Santa-Chiara, il 28 aprile, per una pleurite di cui faceva risalire i primi sintomi a quindici giorni circa. Da quel momento soffriva molto per un dolore al costato e per difficoltà di respiro. Alla sua entrata, la dispnea era considerevole (44 respirazioni al minuto). Si trovava la pleura destra riempita da uno versamento che produceva una mutezza completa in avanti ed al didietro, ad eccezione dello spazio sotto-clavicolare. Soffio pleuritico dall'alto al basso del polmone; non egofonia. Lo stato delle vibrazioni toraciche non poteva essere apprezzato in causa della debolezza della voce. Polso a 116°, temperatura 39°. Quest'amma-

lata prese, secondo il metodo adottato, 0,30 centigrammi di tartaro stibiato che indussero abbondanti evacuazioni. La sera, temperatura abbassata, abbenchè la depressione fosse poco marcata. L'indomani si constatò una diminuzione certa nella quantità del liquido raccolto, e molto meno dispnea della vigilia. Si lasciò un giorno di riposo alla malata, e prese di nuovo del tartaro stibiato il giorno dopo. I risultati furono li stessi, e si potè osservare una diminuzione rapida del liquido i giorni successivi. La febbre nulladimeno persistette, quantunque poco intensa, per più di otto giorni; contuttociò l'ammalata ha potuto abbandonare l'ospedale benissimo guarita, dopo avervi soggiornato meno di tre settimane. Questo primo fatto è importante in causa dell'abbondanza del liquido effuso, e dell'intensità della dispnea che poteva far porre in questione l'indicazione della toracentesi.

In un altro caso trattavasi di uno spandimento di quantità mediocre che aveva indotto mutezza della metà inferiore del polmone destro, del soffio e dell'egofonia; versamento sopraggiunto in quindici giorni in una donna di trentatrè anni, in seguito di un raffreddore. Questa malata prese 0,10 centigr. di tartaro stibiato, ed in tale caso si è potuto osservare l'indomani che il versamento era scomparso quasi completamente. Nei giorni successivi la respirazione si estendeva bene, ma persisteva certa mutezza prodotta da false membrane ed un leggero stato febbrile, notevole specialmente nella sera; ma lo spandimento non si riprodusse.

Finalmente un uomo al N. 19 della sala S. Girolamo, presentava presso a poco esattamente li stessi sintomi di quest'ultima malata. Sotto l'influenza del tartaro stibiato, il versamento scomparve rapidissimamente, ma si osservò in seguito uno stato febbrile alquanto prolungato. In questi differenti fatti, l'azione del tartaro stibiato sul versamento pleurico è sempre sembrata evidente; sotto la sua influenza la pleurite accompagnata da spandimento, prese l'andamento e l'evoluzione d'una pleurite secca; quest'azione d'altronde è in perfetto rapporto con quanto si produce nella cura del reumatismo collo stesso farmaco. È per questo che Jaccoud non ha mai osservato della pericardite con effusione in tutti i casi di reumatismo che ha sottoposti a questo modo di cura.

Ueber die Resultate de Kaltwasserbehandlung des Typhus abdominalis in acad. Krankenhause zu Heidelberg (*Cura della febbre tifoidea coi bagni freddi; statistica dell' Accademia di Heidelberg*); di FEDER SCHULTZE. (*Abhandl. der Heidelberg natur. med. Vereins: neue serie* 1 Heft, 10 e 24 febr. 1874).

Onde ottenere i termini di confronto fra loro, l'autore distingue dei casi lievi (temperatura febbrile nei primi 18 giorni), dei casi mediocri (febbre per 4 settimane) e dei casi gravi (febbre per oltre 4 settimane). Il confronto fra la mortalità del 1864-68, in cui la cura coi bagni freddi non fu impiegata, e quello del 1870-73 in cui ogni esacerbazione febbrile oltrepassante 39,5 fu combattuta notte e giorno con grandi bagni al

16-24° per 15-20 minuti, e delle abluzioni fredde (4-10°) non dà che 1 per 100 in favore della cura coll'acqua fredda. Nei casi curati col nuovo metodo, le emorragie intestinali offrono una proporzione di 9,6 per 100; per l' addietro la proporzione non era che di 3,4 per 100.

Non si è potuto constatare alcuna influenza sulle complicazioni pleuro-polmonali. All' opposto, l' acqua fredda ha esercitato un' azione salutare sul delirio, sulla sonnolenza, sulle escare e sulle ricadute. Sotto il nome di ricaduta, Schultze intende un nuovo stato febbrile, separato dal primo almeno per un nictemere apiretico, ed offrente l'ascensione caratteristica della temperatura della febbre tifoidea.

Nel 1864-66 vi ebbe il 15 per 100 di ricadute, nel 1867-70, 14 per 100, nel 1871-73 (acqua fredda) 5 per 100 soltanto. Contuttociò l'autore soggiunge, che un tale lusinghiero risultato non dev'essere attribuito esclusivamente alla cura coll'acqua fredda, ma bensì alla conoscenza che abbiamo acquistata delle cause delle ricadute.

Nessuna di tali recidive indusse la morte. Questa cura è eziandio sfavorevole per le nevralgie (dolori articolarì, disordini vaso-motori, ecc.), come per le emorragie; simile complicazione che altra volta era di 1,1 per 100, è oggi del 5,4 per 100.

Trasfusione arteriosa in seguito d'emorragie intestinali sopraggiunte nel corso di una febbre tifoidea; del prof. Mopler (di Greifswald) (*Berl. Klin. Woc.*).

L' autore riferisce l' osservazione di una donna di 37 anni che, ad un periodo avanzato di una dotienenterite a forma grave, era caduta nel collapsus in causa d' emorragie intestinali abbondanti. Il polso era meschino, le estremità raffreddate; l' ammalata aveva completamente perduto la coscienza di sè stessa. L'uso di una cura eccitante non aveva migliorato questo stato, quando il dott. Mopler si decise ad un intervento più attivo. Egli ha creduto di dover rigettare la trasfusione venosa nel timore di determinare la paresi cardiaca, in seguito dell'accumulo di una quantità troppo considerevole di sangue nel ventricolo destro. Riferisce, infatti, che si è trovato nel caso d' osservare quest' accidente in seguito della trasfusione venosa, in particolare in un caso di difterite che esordì col collapsus ed ove la morte improvvisa succedette all' arresto del cuore. Fu per questo che si è deciso a praticare una trasfusione arteriosa. Injettò 160 grammi di sangue, che fece penetrare per l' arteria radiale destra, ed ebbe la compiacenza di vedere l'operazione finire con una guarigione completa e persistente.

Non è la prima volta, d'altronde, che la trasfusione *arteriosa* è stata impiegata contro le emorragie intestinali sopraggiunte nel corso della febbre tifoidea. In una prima osservazione, pubblicata da Kupmaul e Czerquy (di Friburgo), questi ultimi riferirono ch' essi hanno iniettato, per la via arteriosa, 150 grammi di sangue umano defibrinato in un malato colpito di febbre tifoidea e che delle emorragie intestinali ave-

vano considerevolmente indebolito. Ciò non impedì che il malato soccombesse ad una nuova emorragia capitata due ore dopo l' operazione. In un altro caso pubblicato da Küster e che riguarda egualmente un malato di febbre tifoidea spossato da emorragie intestnali, si iniettarono 150 centimetri cubici di sangue di montone per l'arteria radiale sinistra. L' ammalato soccombette.

In un terzo caso che appartiene al dott. Haremann, la trasfusione arteriosa, operata nelle stesse circostanze dei precedenti, con sangue umano defibrinato, finì in una guarigione definitiva.

La trasfusione del sangue è stata egualmente impiegata in un gran numero di casi di dotienenterite, in cui non avevano preceduto emorragie intestinali, per combattere l' anemia.

L' autore è d' avviso ch' è d' uopo servirsi di preferenza del sangue umano defibrinato.

Die pneumatische Behandlung der Lungen und Herzkrankeiten. (*Della cura pneumatica delle malattie dei polmoni e del cuore*); del dottor Joh. Schnitzler. (*Wiener Klinik*, 6 Heft., Luglio 1875, p. 165-196, e *Revue des Sc. Méd.* 15 gennaio 1876, da cui togliamo integralmente questo interessante articolo).

L' esordire di questo metodo terapeutico rimonta al 1664. A quell'epoca un medico inglese, Henschaw, costrusse il primo apparecchio ad aria compressa che non tardò a cadere nell' oblio, e non si ritornò in argomento che circa 200 anni dopo, mercè i lavori di Junod (1834), di Tabarié (1838), di Pravaz (1840) e di Bertin (1855). Mentre che questi autori inauguravano in Francia il loro sistema aero-terapeutico, Vivenot, Hauke e Waldenburg costruivano, 30 anni più tardi, in Allemagna, i loro primi apparecchi pneumatici. Nel suo lavoro il dott. Schnitzler descrive l'apparecchio di cui fa uso e che non è altro che quello di Waldenburg più o meno perfezionato. Prima di parlare della cura pneumatica propriamente detta delle malattie dei polmoni e del cuore, riassume nel modo seguente l' azione fisiologica di questo mezzo: « Risulta chiaramente, dic' egli, da tutte le esperienze fisiologiche di cui l' aero-terapia è stata l' oggetto, che sole l' inspirazione d' aria compressa e l' espirazione nell' aria rarefatta hanno un valore reale terapeutico, mentre che poco havvi a sperare dal metodo opposto raccomandato d'altri autori, cioè: l' espirazione nell' aria compressa e l'inspirazione d'aria rarefatta. Veduta la grande influenza che esercita la respirazione sulle vie circolatorie, è naturale di supporre che tale modificazione artificiale della pressione atmosferica non rimanga senza influenza sul cuore. La pressione negativa che sopporta di continuo il cuore è considerevolmente diminuita dall' inspirazione d' aria compressa e può eziandio, sotto l'influenza di questo mezzo, esser cangiata in pressione positiva. La conseguenza di tale cangiamento sarà dunque un aumento d' impulsione del cuore, il sangue è cacciato nelle arterie con maggiore energia; ma d'altro lato il riflusso del sangue venoso nel cuore destro è lievemente dif-

ficoltato. L'effetto generale dell' inspirazione d'aria compressa è dunque d' aumentare la quantità di sangue nella grande circolazione e di diminuirla nella piccola.

L'inspirazione d'aria rarefatta, al contrario, aumentando la pressione negativa del cuore diminuisce la pressione nel sistema aortico; il polso diviene piu piccolo e meno teso, e le vene del collo s' abbassano in seguito d'una inspirazione più energica di sangue venoso nel cuore destro. Riassumendo, l'inspirazione d'aria rarefatta ha per conseguenza: 1.° una diminuzione di sangue nella grande circolazione; 2.° ed un aumento nella piccola e nei polmoni. »

Gli stessi effetti potrebbero eziandio essere ottenuti dall' inspirazione nell' aria rarefatta; ma a quest' effetto converrebbe una maggiore rarefazione dell' aria; inoltre, il polso si rallenterebbe coll' impiego d' aria compressa, e s' accelererebbe coll' impiego dell'aria rarefatta. Questi risultati dell' influenza meccanica della respirazione vengono nullameno modificati dalla più grande quantità d'ossigeno assorbito coll'inspirazione d'aria compressa, e d'altro lato dal grande dispendio d'acido carbonico che determina l'espirazione in un'aria rarefatta.

Un altro elemento complica eziandio il problema: le condizioni di pressione nella piccola circolazione non sono così semplici come si potrebbe credere *a priori*. Risulta dalle esperienze fatte da Quink che la pressione esercitata sui capillari è eziandio importantissima. Le considerazioni precedenti spiegano come, contro l' opinione di Waldenburg, l'impiego delle stesse forze meccaniche sulla respirazione non esercitino sempre lo stesso effetto sulle vie circolatorie; esse fanno comprendere in pari tempo i risultati divergenti ottenuti da Haenisch (di Greifswald), da Drosdoff e Botschetskaroff (di Pietroburgo).

Passando successivamente all' impiego terapeutico di questo metodo, l' autore assicura che, nell' impiego dell' aria compressa o rarefatta, si accresce la forza respiratoria, s' ingrandisce la capacità dei polmoni e si aumenta la ventilazione polmonare. Riguardo alle indicazioni terapeutiche del metodo, lo crede applicabile nelle condizioni patologiche seguenti:

1.° Nella debolezza generale degli organi respiratori.

2.° Nei catarri cronici dei bronchi.

3.° Nei catarri polmonari e nel primo stadio della tisi polmonare.

4.° Nell' enfisema ove questa cura è in generale molto efficace.

5.° In alcuni casi *d'asma nervoso*, cioè in quelle forme in cui l'esame fisico il più minuzioso non addita un cangiamanto morboso nei polmoni e nel cuore.

6.° Fino qui Schnitzler ha fatto relativamente poco uso di questo metodo curativo nelle affezioni della *laringe*, perchè la dispnea non costituisce il sintomo predominante che in un piccolo numero d'affezioni interessanti quest'organo. Nulladimeno hannovi degli esempi in cui l'inspirazione d'aria compressa potè essere impiegata con qualche utilità.

Nelle stenosi poco considerevoli della laringe si può ottenere miglioramento dei disordini respiratori col metodo pneumatico.

Giungiamo ora alla cura pneumatica nelle *malattie del cuore.* Waldenburg dà i precetti seguenti: *Inspirazione d' aria compressa* nelle malattie del cuore ove lo scolo del sangue dai polmoni o dal ventricolo sinistro subisce degli ostacoli: dunque nelle affezioni del cuore sinistro, nell'insufficienza della valvola tricuspide e delle valvole sigmoidee polmonari, finalmente nelle stenosi degli orifici corrispondenti.

Waldenburg raccomanda eziandio l'espirazione dell' aria compressa e l' inspirazione dell' aria rarefatta, ma l' autore si è deciso per l' inspirazione d' aria compressa e l' espirazione nell' aria rarefatta, poichè il metodo contrario richiederebbe tanti sforzi dal lato degli organi respiratorii che il suo impiego non gli sembra prudente nelle malattie del cuore.

D'altronde questa cura meccanica non avrebbe dato finora dei risultati molto meravigliosi nelle malattie del cuore. Nei casi più felici non v'ebbe che un miglioramento passeggero. Talvolta ha notato cefalalgia, vertigini, tinniti d' orecchie, abbagliamenti, in una parola tutti i segni di una congestione cerebrale, in modo, che fu d' uopo sospendere od anche abbandonare la cura.

Contuttociò, comunque modesti i risultati conseguiti fino qui, egli conviene che debbansi continuare i tentativi nei casi ben determinati.

In generale le teorie sviluppate da Waldenburg sull' influenza che esercita la diminuzione della pressione nei polmoni sulla circolazione, sarebbero esatte.

Impertanto, vi sono, oltre la respirazione, altre influenze sulla circolazione, ed in riguardo all' azione terapeutica di questa cura, l' autore sembra non accettarla egli stesso che con una certa riserva.

Anwendung und Erfobge der Fleischpancreas Klystiere. (*Risultati vantaggiosi dall'amministrazione di clisteri misti di carne e di pancreas;* del dott. R Fiechter (di Basilea). — (*Corresp. Bl. f. Schœeiz. Aerzte, 1.° et 15 agosto 1875, numeri 15 e 16*).

Dopo che Leube ha pubblicato, nel 1872 (*Deutsches Archiv für Klin. Med.*), i successi ottenuti in casi d'affezioni ulcerose dello stomaco, con questo nuovo modo d'alimentazione pel retto, un silenzio perfetto ha regnato sopra tale scoperta terapeutica.

Fiechter ebbe l'occasione di controllarne i risultati nel servizio clinico d'Immermann.

Negli adulti, egli injetta un clistere di 200-400 grammi due terzi del quale sono formati di carne di bue, ed il rimanente da tessuto di pancreas. Dopo di avere tolto il grasso e le parti membranose, si trita il tutto finamente per ridurlo in un brodo a cui si aggiunge un pò d'aqua a 39°.

Non si prende che del pancreas in atto di secernere, cioè proveniente da animali uccisi immediatamente dopo il loro pasto; un terzo

od un quarto della glandola basta. La porzione non utilizzata si altera troppo rapidamente per essere incorporata in un nuovo clistere.

Quando non si uccide tutti i giorni dei buoi, è d'uopo conservare il pancreas in una scattola di ferro, od in mancanza, triturarlo minutamente e tufarlo nella glicerina pura.

Per l'injezione, se si serve d'una siringa forte, di una vera pompa premente che si invita sopra una tavola.

I malati devono, per quanto è possibile, tenere per 24 ore il clistere.

Fiechter rende conto dei suoi saggi in tre malati colpiti d'ulcero rotondo dello stomaco; in un quarto presentante gastrite cronica semplice; in tre cardialgici; finalmente, in tre soggetti che avevano disfagia (laringite ulceroso-tubercolosa) e due tetanici.

Nei casi d'ulcero ove la dieta lattea si era mostrata insufficiente per arrestare i fenomeni d'intolleranza gastrica, alcuni clisteri sono meravigliosamente riusciti.

In seguito di questa cura si è constatato un aumento nel peso dei malati.

Il solo sintomo accessorio disaggradevole, non costante, d'altronde, ha consistito in qualche colica.

Questo modo d'alimentazione ha il vantaggio inapprezzabile talvolta, di lasciare riposare, digiunare lo stomaco per tre o quattro giorni.

Lozioni pei tisici; del dott. De Pietra Santa. (*Archives med. Belges*, sett. 1875, ed *Annali di Chimica*, dicem. 1875).

Il celebre Autore dell'opera ormai riconosciuta la più progressiva e la più seria sulla *Tisi polmonare*, consiglia di attivare nei tisici le funzioni della pelle, a beneficio della mucosa polmonare, con una frizione da applicarsi tutte le sere, al momento di coricarsi a letto, su tutto il corpo e principalmente sulle estremità, mediante un pezzo di flanella impregnata del seguente linimento, ch'è ad un tempo tonico e stimolante.

Pr. Tintura di china-china
Alcoolato di melissa } ana 100 grammi
Balsamo di Fioravanti

Queste frizioni diminuiscono meglio delle preparazioni d'agarico, del tannino, e dei sali di piombo, i sudori notturni.

Ein Beitrag Beurtheilung der Einwirkung der Höhenlage auf die Entwickelung der Phthisis. (*Sull'influenza delle altezze nello sviluppo della tisi*); di A. von Corval. (*Deutsche Vier teljahrshrift für offnthiche Gesundheitspfleg*, 1874, e *La Clinica*, dicembre, 1875).

Se è vero che l'altezza esercita un'azione possente ad impedire la tisi, essa deve avere una statistica più favorevole a misura che più si eleva al livello del mare. Vi ha dunque un lavoro di seria statistica a farsi, con le condizioni però che gli abitanti della montagna e quelli

del piano si trovino nelle medesime particolarità di vita e di alimentazione.

Il gran ducato di Baden offre queste condizioai, poichè ivi l'agiatezza è generale, l'alimentazione abbondante e le grandi città sono molto rare.

In questo paese il dott. Corval ha spogliato la statistica mortuaria di 1,581 ville e villaggi che sopra 1,422,860 abitanti hanno dato 17,745 casi di morte per tisi in quattro anni, dal 1869 al 1872. Questi 1,581 ville e villaggi si dividono in sei gruppi secondo la loro altezza: a ciascun gruppo corrisponde una cifra che esprime il numero dei morti di tisi per ogni 100 abitanti:

1000 piedi,	1500,	2000,	3000,	al disopra
1,33	0,27	0,25	0,24	0,21 per 100

La statistica conferma dunque il principio annunciato.

Report of the commitee of the Britisch medical association to investigate the action of medicines. (*Rapporto del comitato del* Brit. med. assoc., *sulle ricerche intraprese intorno all' azione dei farmaci*); del dott. John Hughes Bennet. (*Brit. med. journ.*, dal 3 ottobre al 19 dicembre 1874, e *Revue de Sc. Med.* Tome V, VI).

Queste esperienze intraprese sotto la direzione del dott. Bennett colla collaborazione di parecchi medici, hanno lo scopo di ricercare con molteplici osservazioni le azioni seguenti:

1.° L'azione fisiologica di certi farmaci; 2.° la determinazione della dose alla quale i farmaci divengono tossici; 3.° i farmaci antagonisti di quelli che si sperimentano; 4.° l'influenza di questi farmici antagonisti quando la loro amministrazione precede quella dei farmaci sperimentati; 5.° la loro azione quando questa amministrazione è consecutiva; 6.° i limiti dell' azione antagonista; 7.° la dimostrazione dell'antagonismo colla reinoculazione, 8 o 10 giorni dopo quest'effetto del primo farmaco sperimentato. In quest'ultimo caso l'avvelenamento e la morte dell' animale provavano chiaramente l' azione antagonista del secondo farmaco.

Le numerose sperienze, intraprese a questo scopo, sono state fatte colla diligenza la più minuziosa, ma la loro lunghezza non permettendo di consegnarle in questa rivista, ci limitiamo invece di dare le conclusioni del lavoro.

L' autore esordisce con ricerche sull' antagonismo fra la stricnina e l' idrato di cloralio, ed eccone le sue conclusioni:

1.° Dopo una dose mortale di stricnina, l'amministrazione dell'idrato di cloralio può salvare la vita dell' animale.

2.° L' idrato di cloralio è più efficace dopo l' avvelenamento colla stricnina che la stricnina non lo è dopo l' avvelenamento col cloralio.

3.° Delle convulsioni tetaniche molto intense, consecutive all'amministrazione della stricnina possono essere emendate notevolmente dall'impiego del cloralio.

4.° L'azione antagonista fra i due farmaci dev'essere tentata di seguito, poichè una forte dose di stricnina può uccidere prima che il cloralio abbia avuto tempo d'agire, e per controbilanciarla è d'uopo una dose di cloralio così elevata che possa essa stessa indurre la morte.

5.° L'idrato di cloralio attenua gli effetti di una forte dose di stricnina deprimendo l'azione riflessa eccessiva prodotta da questa sostanza; la stricnina agisce nell'avvelenamento col cloralio in un senso opposto, ma essa non può sopprimere il coma prodotto dall'azione del cloralio sul cervello.

Si comprende, dice l'autore, l'importanza di tali risultati sotto il punto di vista della terapeutica del tetano e di altre affezioni convulsive.

Antagonismo fra il solfato d'atropina e la fava del Calabar.

Le esperienze furono fatte sopra conigli e ratti.

Conclusioni. — 1.° Il solfato d'atropina non combatte che fino ad un certo punto l'azione tossica della fava del Calabar.

2.° Quest'antagonismo è molto più ristretto di quanto ha detto il dott. Fraser.

La morte sopraggiunge, malgrado l'amministrazione del solfato d'atropina, in ragione degli effetti rapidi ed insormontabili della fava del Calabar e non in seguito d'una iniezione di una troppo grande quantità di solfato d'atropina. Perciò gli autori concludono contro la virtù antidotica di questo farmaco negli avvelenamenti coll'eserina. Devesi dire che le loro sperienze furono fatte sopra conigli, che sono alquanto refrattari all'azione dell'atropina.

Antagonismo fra l'idrato di cloralio e la fava del Calabar.

Esperienze fatte sopra conigli:

Conclusioni. — 1.° L'amministrazione della fava del Calabar dopo l'iniezione del cloralio attenua sensibilmente l'azione di quest'ultimo, prolungandone ed eziandio salvandone la vita.

2.° Se l'iniezione dell'eserina è anteriore a quella del cloralio, od anco se è simultanea, l'antagonismo non si produce e l'animale perisce.

Questo fatto procede da ciò, che l'azione del cloralio è molto più lenta di quella dell'eserina, quindi nel primo caso l'antagonismo ha il tempo di prodursi, mentre il tempo manca interamente nel secondo.

Antagonismo fra l'idroclorato ed il meconato di morfina e la fava del Calabar.

Esperienze fatte sopra conigli:

Il meconato per ragione della sua solubilità maggiore di quella del cloridrato è stato specialmente impiegato in queste sperienze.

Conclusioni. — L'iniezione dell'eserina dopo quella dei meconato o

dell' idroclorato di morfina non salva l' animale. Non havvi dunque alcun antagonismo fra queste due diverse sostanze.

Antagonismo fra il solfato di atropina ed il meconato di morfina.

Esperienze fatte sui conigli ed i cani. Sono queste forse le più interessanti sotto il punto di vista terapeutico.

Tre categorie d' esperienze sono state fatte:

1.° Ricerca precisa dell' azione fisiologica del meconato di morfina; 2.° azione del solfato d' atropina; 3.° azione combinata di queste due sostanze, prese o simultaneamente, o l' una dopo l' altra.

1) Azione fisiologica del meconato di morfina:

Conclusioni. — 1.° Nel cane, il meconato di morfina agisce ad un tempo sul cervello e sulla midolla, ma quest' azione è specialmente cerebrale, mentre che nel coniglio è piuttosto midollare.

2.° L'ipnotismo è stato osservato in particolare in queste esperienze.

3.° Nei conigli la morte sopraggiunge in seguito a convulsioni.

4.° Nei conigli e nei cani, l'eccitamento dei nervi motori causa delle contrazioni muscolari e la sensibilità non è distrutta.

5.° L'eccitamento del nervo vago, al collo, arresta i battiti del cuore, e per conseguenza le fibre nervose di questo nervo non sono paralizzate dal meconato; Harley pretende anzi ch' esse siano lievemente irritate.

6.° L' eccitamento del simpatico è seguito dalla dilatazione della pupilla; dunque questo nervo non è paralizzato, e le contrazioni pupillari sarebbero devolute all' irritazione delle origini craniche del terzo paio, donde la contrazione delle fibre circolari dell' iride;

7.° La morfina può affettare l' azione di certi nervi paralizzando la loro origine centrale, ma i tronchi conservano tuttavia della sensibilità.

2) Il solfato d'atropina amministrato ai conigli non gli uccide che a dose eccessiva; 4 grani o 10 centigrammi non inducono che una dilatazione delle pupille, una frequenza dei battiti del cuore e dei movimenti respiratori; con 10 a 20 centigrammi si osserva della paralisi delle estremità inferiori ed un grande acceleramento dei movimenti del cuore e dei polmoni; al di sopra di questa dose, l'azione del cuore s' indebolisce sempre maggiormente, ed abbisognano 40 centigrammi per indurre la morte con paralisi, tremolii e convulsioni.

Nei cani al contrario, 1[20 di grano, cioè 1 a 2 milligrammi producono effetti sensibili, ed 1 centigrammo e mezzo a 2 ammazzano gli animali con maggiore o minore rapidità. I sintomi successivi erano, una dilatazione progressiva della pupilla, con acceleramento dei battiti del cuore, delirio, movimenti convulsivi dei muscoli, la morte nelle convulsioni generali od in uno stato di paralisi assoluta.

3) Antagonismo fra il solfato d'atropina ed il meconato di morfina.

Conclusioni. — 1.° Il solfato d' atropina è l' antagonista del meconato di morfina, ma in limiti assai ristretti.

2.° Il meconato di morfina non riesce dopo l' amministrazione d'una forte dose di solfato d'atropina; in questi casi la morte è ancora più rapida che se ciascuna di queste sostanze fossero state amministrate isolatamente a forte dose.

3.° Il meconato di morfina non è antagonista dell'azione del solfato d' atropina sul nervo vago.

4.° Il successo del solfato d'atropina, dopo l'amministrazione di forti dosi di meconato di morfina, è probabilmente dovuto all'azione che esercita sui vasi sanguigni. Questo sale produce la contrazione dei vasi e diminuisce i pericoli di morte per congestione cerebrale o midollare, che possono essere il seguito dell' ingestione delle dosi mortali del meconato di morfina. Può eziandio, fino ad un certo limite, difficile a precisare, stimolare l' azione del cuore coll' intromissione del simpatico, e combattere la tendenza all' asfissia osservata dopo l' amministrazione di forti dosi di morfina.

Antagonismo fra il thé, il caffè, la cocaina, la theina, la caffeina e la guaranina da un lato e la morfina dell'altro.

Queste ricerche sono state divise in tre parti:

1.° Delle proprietà fisiologiche della cocaina, della theina, della caffeina e della guaranina.

2.° Queste sostanze sono esse antagoniste di dosi fatali di morfina e di oppio?

3.° Delle infusioni concentrate di thè e di caffè introdotte nello stomaco, agiscono esse come antagoniste di dosi fatali di morfina e di oppio?

Le esperienze fatte sulle rane, sui ratti e sui conigli hanno dato agli autori i risultati seguenti:

1.° La cocaina è un veleno potente, che affetta il sistema nervoso, la respirazione, la circolazione ed il sistema vaso-motore; la morte può essere il risultato finale della sua azione.

2.° A piccole dosi produce un eccitamento, il coma ed una anestesia incompleta.

3.° A forti dosi provoca eccitamento cerebrale, un' anestesia completa, convulsioni tetaniche e morte.

4.° Paralizza i cordoni posteriori del midollo e tutto il sistema sensitivo periferico, ma i cordoni anteriori ed i nervi motori periferici non sono paralizzati.

5.° Produce frequentemente convulsioni cloniche e talvolta spasmi tetanici abbastanza intensi per giungere fino all' opistotono. Havvi in ciò una certa analogia colla stricnina; ma in quest'ultimo caso, l'azione tossica è limitata al midollo, di cui le funzioni riflesse sono sopraeccitate a tal punto che i più leggeri tocchi provocano spasmi potenti Una dose tossica di cocaina paralizza i nervi sensitivi, perciò le irritazioni

periferiche non affettano il midollo; tuttavia vi sono delli spasmi spontanei dovuti, secondo l'autore, ed un'azione riflessa della sostanza sul midollo; ma codesti spasmi non possono essere considerati come riflessi di loro natura.

6.° La cocaina non produce paralisi motrici.

7.° La cocaina aumenta, indi diminusce ed arreeta facilmente i movimenti respiratori.

8.° Essa aumenta, poi diminuisce alla fine la forza e la frequenza dei battiti del cuore.

9.° Provoca una contrazione dapprima, poi la dilatazione e la paralisi dei piccoli vasi e dei capillari con stasi sanguigna pronunciatissima.

La theina, la caffeina, la guaranina producono sensibilmente li stessi effetti della cocaina; inoltre, provocano un aumento della secrazione salivare, una forma particolare di tenesmo accompagnato da una secrezione abbondante di muco intestinale, la contrazione delle pupille, finalmente la temperatura è di quando in quando abbassata ed aumentata.

L'autore crede che se le esperienze fossero state fatte così minuziosamente colla cocaina, forse i risultati che abbiamo enumerati avrebbero potuto pure essere notati.

Antagonismo fra la theina ed il meconato di morfina.

Esperienze fatte sopra gatti e conigli:

Conclusioni. — Sembra esistere un antagonismo fra le due sostanze, ma sotto il punto di vista soltanto d'una diminuzione di gravità dei sintomi, pochè la vita non fu salvata.

Il meconato di morfina emenda lievemente le convulsioni consecutive all'impiego della theina, ma la theina non sembra diminuire di cattivi effetti della morfina. Tuttavia altre esperienze sembrano dimostrare che quest'antagonismo può essere più fortunato; se non si oltrepassa che di pochissimo la dose massima della morfina la theina può scongiurare la morte, e da un altro lato uccidere alla sua volta, se si eleva la sua dose sensibilmente.

Antagonismo fra la caffeina, la guaranina ed il meconato di morfina.

Codeste esperienze hanno finito col medesimo risultato delle precedenti, e le conclusioni sono le stesse.

Antagonismo fra l'infuso di the ed il meconato di morfina.

Tali sperienze fatte sopra cani non furono compiute, poichè codesti infusi non sono stati fatti con attenzione; ebbero per seguito vomiti che non si potevano frenare e che probabilmente erano consecutivi, secondo l'autore, all'azione del meconato di morfina. Li stessi inconvenienti si sono prodotti coll'infusione di caffè.

Antagonismo fra l'estratto di fava del Calabar e la stricnina.

Trenta esperienze sono state fatte sopra conigli, cominciando quando coll'estratto di fava del Calabar, e quando colla stricnina; l'azione di queste due sostanze è stata modificata leggermente o rallentata, ma mai si potè salvare l'animale in seguito ad una dose abitualmente mortale.

Antagonismo fra l'idrato di bromale e l'atropina.

Prima di queste sperienze si trova un parallelo fra l'azione dell'idrato di bromale e quella dell'idrato di cloralio.

La prima sostanza è molto più attiva della seconda, 5 grani (25 centigrammi) bastano per uccidere un coniglio, mentre che per raggiungere lo stesso risultato, 20 grani (1 grammo) di cloralio sono indispensabili.

L'idrato di cloralio produce, a piccola dose, o tosto dopo una forte dose, una iperestesia marcata, seguita d'anestesia. Il bromale non produce mai l'iperestesia, e l'anestesia non ha luogo che nello stato comatoso che precede la morte.

Il cloralio non produce ordinariamente una forte stenosi papillare; il bromale al contrario la produce.

Il cloralio agisce specialmente sugli emisferi cerebrali e non causa abitualmente convulsioni, mentre che dopo l'amministrazione del bromale, l'opistotono si produce e l'azione di questa sostanza sugli emisferi cerebrali è insensibile.

Dopo la morte in seguito dell'amministrazione del cloralio, si trovano raramente dei liquidi nelle cavità chiuse del corpo; nel caso di morte col bromale se ne trovano sempre.

Il cloralio non stimola così vivamente le glandole salivari come il bromale, tranno nei casi eccezionalissimi che neppure furono qui menzionati.

Trenta esperienze sono state istituite per ricercare l'antagonismo del bromale e dell'atropina.

Esse hanno mostrato l'esistenza di un antagonismo fisiologico fra le due sostanze.

Dopo una dose mortale di bromale, l'amministrazione dell'atropina arresta la secrezione eccessiva della saliva e delle mucosità bronchiche, che indurrebbero l'asfissia. L'atropina, favorendo la contrazione dei vasi sanguigni, combatte l'azione del bromale, che produce la dilatazione di questi vasi paralizzando il nervo simpatico.

Una reciprocanza non esiste dopo l'iniezione di una dose mortale d'atropina, li sperimentatori non hanno potuto riuscire a salvare la vita iniettando dell'idrato di bromale.

Eserina (alcaloide della fava del Calabar), e sua azione nella corea; del dott. Bouchut. (*Bull. Génér. de Thérap.* 15 aprile 1875).

Fu dopo di avere impiegato 437 volte l'eserina nei bambini, che l'autore si decise di pubblicare il resoconto seguente:

Cominciò esso ad usare l'eserina pura di Merck, indi passò al suo solfato preparato a Parigi, da Petit.

Dei 437 casi curati, in 205 usò il farmaco sotto forma di pillole da 2 a 5 milligrammi cadauna; ed in 232 lo usò per iniezioni sottocutanee, alla stessa dose di 2 a 5 milligrammi.

I bambini sottoposti alla cura, affetti tutti di corea, e da nevrosi convulsive, erano nell'età da 7 ai 12 anni.

Ecco le sue testuali conclusioni:

« Dalle 437 osservazioni con dosi moderate nei fanciulli, risulta che l'eserina opera sulla contrattilità muscolare, che rimane diminuita, e sulla contrattilità dei piccoli vasi, che aumenta.

L'eserina od il suo solfato possono essere adoperati per iniezioni ipodermiche e per lo stomaco, ed in questo caso a stomaco digiuno.

Sotto forma d'iniezione, l'eserina ed il suo solfato possono essere iniettati alla dose di 3 a 5 milligr. poichè, in ragione dei fenomeni osservati, io non ho creduto di oltrepassare questa cifra.

Alla dose di 3 a 5 milligr., gli effetti dell'eserina sono costanti, ed io non ho veduto che tre fanciulli che non hanno provato tali effetti.

Di solito l'eserina produce il pallore con restringimento nel polso, alle volte seguìto da rilasciamento.

Quasi tutti i fanciulli trattati coll'eserina hanno avuto malessere generale, doglie ripetute, angoscie epigastriche, nausee e sputi di materia mucosa filante.

L'eserina produce alle volte vomiti biliosi.

L'eserina non modifica sensibilmente la temperatura.

Essa, alle dosi indicate, non ha prodotto mai coliche nè diarree.

Data internamente, l'eserina lascia la pupilla nel suo stato di contrattilità normale, e non è eccezionalmente dilatata nè contratta.

L'eserina produce spesso una traspirazione fortissima del viso e del corpo.

La paresi del diaframma ed anche la paralisi passeggera, sono fenomeni più serii che si osservano dopo l'uso di 5 milligrammi d'eserina per iniezione.

Dopo che l'eserina ha esaurita la sua azione, i fanciulli riprendono il loro stato naturale ed il farmaco non sembra avere effetti consecutivi.

L'esarina non si rinviene nelle orine quando è stata adoperata alle piccole dosi.

Amministrata contro il *ballo di S. Vito o corea*, l'eserina arresta i movimenti fino a che dura la sua azione, ed a poco a poco li modera in maniera da guarire questo morbo, in media, nel lasso di 10 giorni.

Gli effetti dell'eserina contro la corea sono più sicuri colle iniezioni sottocutanee che per le vie gastriche.

Io non ho veduto mai l'eserina produrre il tremolio nè le convulsioni, ed è probabile che questi accidenti siano provocati solo dalle dosi massime e tossiche, a cui io non sono mai giunto. »

Del modo d'impiego del solfato d'eserina nel tetano; di ALBERTO SUAREZ Y CRUZ. (*Tesi di Parigi*, 1875).

L'autore ha riunito in un lavoro tutti i casi di tetano, nei quali, la Fava di Calabar od il suo alcaloide è stato impiegato; malgrado i successi ottenuti in questo morbo, l'efficacia dell'eserina è lungi dall'essere assoluta. L'autore attacca una grande importanza al suo modo d'impiego, che riassume come segue: 1.° cominciare con iniezioni di milligrammi 1 e 1[2 a 2 di solfato d'eserina, e replicarle ogni due ore; 2.° ravvicinare gradualmente le iniezioni fino ch'esse non siano separate che da un intervallo di un'ora ed eziandio di tre quarti d'ora, secondo i casi; 3.° quando la tolleranza avrà reso codeste dosi insufficenti, aumentarle con grande circospezione (un mezzo milligrammo), e diminuirle quando i fenomeni d'eccitamento apparissero; 4.° diminuire gradatamente le dosi quando si sarà giudicato questa cura sufficente. Siccome l'intensità delle eserine del commercio varia all'infinito, è necessario di graduarle con esperienze sugli animali; l'autore ne ha intraprese coll'eserina chimicamente pura preparata da Duquesnel: con $0^{mm},02$, si uccide un passaro adulto e con 4 milligrammi un coniglio di due libbre.

Nota sull'impiego del solfato d'eserina nella corea; di CADET-GASSICOURT. (*Journ. de Thér.*).

In quattro osservazioni che l'autore riferisce, in opposizione agli eccellenti risultati conseguiti da Bouchut, il solfato d'eserina impiegato tanto alla dose di 3 milligrammi in una sol volta, come alla dose frazionata di 1 milligrammo ogni due ore e mezzo, la dose totale essendo di 9 milligrammi, non ha modificato in alcun modo l'andamento della corea.

Das chinin nachdea neuern pharmakologischen arbeiten dargestellt. — (Studio della chinina secondo i lavori farmacologici i più recenti); del prof. BINZ. (Opuscolo di pag. 72, Berlin, 1875).

Come lo indica il titolo, non trattasi di ricerche originali. Binz ha voluto esporre l'insieme delle vedute acquisite in questi ultimi anni sul modo d'azione e le proprietà della chinina. Oltre 100 lavori comparsi su questo argomento dal 1867 in poi, formano la bibliografia di tale memoria. È evidente come non potendo noi seguire passo passo l'autore, dobbiamo accontentarci di riferire alcuni dei fatti più importanti sull'azione fisiologica e nelle applicazioni del farmaco.

Dacchè Binz ha dimostrato nel 1867 le proprietà antisettiche della chinina, fatti numerosi e nuovi, appartenenti a quest'ordine d'azione, sono stati constatati. Binz ha mostrato che sotto l'influenza della chinina, i movimenti amiloidi dei leucociti erano paralizzati in poche ore. L'azione

sui globuli contenuti ancora in circolazione è identica, poichè esperienze dello stesso autore gli hanno mostrato che si poteva, con qualche precauzione, arrestare la diapedesi dei leucociti e diminuire, in una proporzione considerevole, la loro proporzione nel sangue degli animali viventi amministrando loro delle dosi che non producessero effetti tossici.

Esperienze più recenti ancora, dovute a Rossbach, hanno sparsa nuova luce sul meccanismo infinito di quest' azione della chinina sui prodotti protoplasmici organizzati, mostrando che l'alcaloide forma col protoplasma una combinazione che lo rende più ribelle all'azione dell'ossigeno. Altre sperienze dello stesso autore hanno mostrato che la chinina determina tra l' emoglobina dei globuli rossi e l' ossigeno, una combinazione molto più intima che non è allo stato normale, e diminuisce egualmente, in questo modo, il processo d' ossidazione. Da questi e da queste osservazioni istituite sui prodotti di decomposizione dei vegetali sottoposti all' influenza di soluzioni debolissime 1[20,000 di chinina, l' autore conclude alla possibilità d' ottenere risultati analoghi dall' amministrazione della chinina a dosi terapeutiche, e spiega così la maggior parte degli effetti conosciuti di questo farmaco, ed in particolare la sua azione antiflogistica. La quale azione antiflogistica, quantunque molto più considerevole nei febbricitanti, non è nulla, come fu creduto, nell'uomo. Zürgensen che fece delle esperienze a questo riguardo, conclude che: 1.° Dopo l' assorbimento di forti dosi di chinina, la temperatura dell' uomo sano ha tendenza a prendere un tipo contenuto: 2.° La temperatura animale si eleva meno sotto l' influenza del lavoro muscolare e ritorna più rapidamente al punto di partenza. — Altre osservatori hanno veduto il calore ed il sudore prodotti da un esercizio violento, ridotto al minimum dall' ingestione del solfato di chinina; finalmente, Binz ha veduto l' elevazione *post-mortem* della temperatura animale ridotta a tre o quattro decimi di grado in luogo di uno o due gradi, dall'amministazione precedente della chinina, agli animali sottoposti alle sue sperienze.

Riguardo alle applicazioni pratiche nuove del farmaco, citiamo soltanto le guarigioni rapidi ottenute prima da Helmholtz, indi da altri medici alemanni in casi d' asma d' estate o febbre del fieno; nonchè i numerosi successi conseguiti da Binz nella cura della pertosse che ha quasi sempre veduto migliorare rapidamente col solfato di chinina. Consiglia di dare una volta al giorno, in pozione o nel pane azimo, tanti decigrammi di cloridrato di chinina quanti anni ha il fanciullo; non ha mai visto avvenire inconvenienti di questa cura.

La pilocarpina; di Gerard. (*Lo Pharmacologiste*, 15 agosto 1875, e *Annali di Chimica*, dicembre 1875).

Gerard, professore all' University College-Hòspital, trattando indifferentemente la scorza e le foglie del jaborandi, sarebbe riuscito ad isolare il principio attivo di questa pianta, dopo essersi assicurato che l'effetto terapeutico dell' uno e delle altre non differiva in modo alcuno, e

gli diede il nome di pilocarpina in omaggio alla pianta da cui viene estratto, il *Pilocarpus pinnatus*.

Oltre alla pilocarpina, trovò Gerard nel jaborandi una resina acre, un olio volatile, del tannino e della clorofilla.

La pilocarpina trattata coll'acido solforico, non dà un sale cristallizzabile; cogli acidi idroclorico e nitrico, e specialmente con quest'ultimo, s'ottiene invece un sale in cristalli incolori ben definiti, i quali, sperimentati dal dott. Ringer, gli diedero i risultati seguenti.

Mezzo grano (gr. 0,032) di nitrato di pilocarpina fu dato ad un malato che aveva pranzato un'ora e mezza prima. Il polso era a 104 e la temperatura a 37 e 1[2. Tre quarti d'ora dopo, la faccia ed il petto cominciarono a colorarsi ed a coprirsi di una leggera traspirazione; indi un sudore abbondante ebbe luogo in tutto il corpo ed una copia considerevole di saliva fluiva dalla bocca che continuarono per circa sei ore, il polso da 104 discese a 102, e la temperatura di 37 1[2 diminuì di mezzo grado. Trascorso questo tempo, entrambe le secrezioni cessarono, senza indurre il menomo cambiamento nel battito del polso.

Questa particolarità che il polso presenta, di mantenersi cioè inalterabile sotto l'azione diaforetica del jaborandi, è un fenomeno che negli altri sudoriferi non si riscontra. Per cui si potrebbe quasi inferirne, che il jaborandi, indipendentemente dalla partecipazione dell'apparato della circolazione sanguigna, eserciti un'azione diretta *sui generis* sugli organi sudoriferi, od altrimenti sui tessuti dermoidei, sui follicoli e sulle glandole che secernono il sudore, e su quelle della saliva; azione eccitante di provenienza nervosa.

L'azione della pilocarpina di conformità a quella del jaborandi, fu riscontrata assolutamente opposta all'azione dell'atropina, che n'è l'antidoto; e se l'atropina dilata la pupilla, il nitrato di pilocarpina invece la restringe considerevolmente, e molto meglio della fava del Calabar e dell'eserina; per cui gli oculisti approfitteranno certo di questa felice scoperta. Il collirio si prepara con 1 grano per oncia d'acqua distillata (gr. 0,065 gr. 28,35), e se ne introduce negli occhi una goccia. Non produce nè dolore nè sensazione spiacevole, e dopo venti minuti la pupilla rimane contratta alla dimensione di una capocchia di uno spillo ordinario.

Bromidrato di chinina; sua azione terapeutica; del prof. GUBLER. (*France Médicale*).

Gubler introdusse il nuovo sale nella terapeutica. Il dotto professore vi fu sedotto dalle due principali ragioni seguenti: *a priori*, sperava che le proprietà in qualche parte parallele della chinina e dei bromuri concorrerebbero ad un effetto comune; in secondo luogo intravvedeva la possibilita di far assorbire la chinina in quantità abbastanza considerevole dal tessuto cellulare sottocutaneo, senza provocare quegli accidenti consecutivi tanto frequenti dopo le iniezioni ipodermiche di solfato acido di chinina.

Da uno sperimento che dura già da un anno, risulta che il bromidrato produce effetti terapeutici e fisiologici notevoli alla dose di 40 centigrammi al giorno in due prese. Raramente è necessario d'andare fino a 60 od 80 centigrammi; 1 grammo è una dose insolita. In tali condizioni, il sale è benissimo tollerato dallo stomaco, ed i malati accusano soltanto, al momento dell'ingestione, una leggera sensazione di calore, che scomparisce tosto. Gli effetti consecutivi sembrano appartenere all'azione speciale della chinina piuttosto che a quelli del bromo: i malati provano male di testa, ronzio d'orecchie, sordità. tali sono i sintomi più frequenti. Tuttavia, in alcuni individui più impressionabili che non lo sono ordinariamente sotto l'azione dei preparati bromurici, si è potuto osservare una certa prostrazione muscolare, una tendenza al sonno senza ronzio d'orecchie che sono gli effetti abituali di questi farmaci. Ma ciò non è che l'eccezione, e, come regola generale, è la chinina che esercita la parte principale e dominante.

Per le iniezioni ipodermicde, Gubler si è servito con successo di una soluzione al decimo di bromidrato, neutro o acido, nell'acqua leggermente alcoolizzata. Il contenuto di due siringhe di Pravaz, che rappresenta 30 centigrammi di sale, ha potuto essere introdotto sotto la pelle, in diverse circostanze, senza che ne sia risultato, malgrado la presenza d'una piccola quantità di alcool, alcun accidente locale.

(*Continua*).

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. Malachia De-Cristoforis.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Magnaughton — *Della febbre tifoide e dell'amministrazione dell'alcool e digitale in questa malattia.*
Bernheim — *Azione della digitale nel decorso della febcre tifoide.*
Wilks — *Della gotta saturnina.*
Cumming — *Croup e difterite.*
Andral — *Diabete.*
Pye-Smith — *Sulla malattia di Addison.*
Hayden — *Della scarlattina.*
Sympson — *Caso di scarlattina della glottide — Tracheotomia.*
Moore — *Paracentesi pericardica. Iniezioni jodiche.*
Farquharson — *Di un caso di azione rapidissima del cuore.*
Hewlett — *Caso di idrofobia.*
Janeway — *Tremito vocale nella pleurite e nella polmonia ed uso della siringa ipodermica pel loro diagnostico.*
Pollock — *Dell'anemia.*
Fox — *Sulla cura della leucemia splenica mediante il fosforo.*

RIVISTA DI ANATOMIA PATOLOGICA

del dottor COLOMIATTI in Torino.

(Dalla pag. 62 a pag. 92).

Colomiatti — *Sulla diffusione del cancro lungo i nervi.*
Fenger — *Del cancro dello stomaco e specialmente della sua struttura, del suo sviluppo, e della sua propagazione.*
Bischoff — *Cianosi congenita; cuor d'anfibio.*
Golgi — *Sui gliomi del cervello.*
Bozzolo — *Osservazione di un caso di tubercolosi articolare spenta per servire di contributo alla patologia generale del tubercolo.*
Colomiatti — *La tubercolosi nel nervo frenico sinistro.*
Reymond — *Contribuzione allo studio della cheratite e della congiuntivite erpetica.*
Kelsch — *Nota per servire alla anatomia patologica della leucemia.*
Popoff — *Delle alterazioni del cervello nella febbre tifoidea e dell'encefalite traumatica.*
Friedländer — *Nota sulle cellule giganti e loro rapporti colla tubercolosi.*
Visconti — *Sulla origine delle cellule gigantesche del sarcoma giganticellulare del tubercolo e delle ossa.*
Forlanini — *Sulla struttura del tubercolo.*
Ziegler — *Trasformazione esperimentale di globuli sanguigni bianchi del sangue in cellule giganti.*
Colomiatti — *Sulla tubercolosi nei ganglii del gran simpatico e nei nervi; e sulla tubercolosi primitiva della dura madre rachidiana.*
De-Vincentiis — *Sulla struttura e genesi del* Calazion, *con osservazioni sulla origine epiteliale delle cellule giganti.*
Manfredi — *Contribuzione clinica ed anatomo-patologica alla tubercolosi oculare.*
Perronito — *La tubercolosi in rapporto colla economia sociale e rurale.*
Griffini — *Sulla tubercolosi della pelle e delle piaghe.*
Bozzolo — *Il tubercolo solitario della dura madre.*
Colomiatti — *Contribuzione alla istologia patologica della sifilide costituzionale ed allo studio della genesi delle cellule giganti.*
Aufrecht — *Casi di tubercolosi migliare sifilitica.*
Colomiatti — *Sulla natura e struttura del lupo volgare.*
Salvioli — *Due casi di contribuzione alla genesi dell'epitelioma.*
Durante — *Gli epiteliomi.*
Cornil — *Sullo sviluppo dell'epitelioma del corpo tiroide.*
Kelsch — *Contribuzione all'Anatomia patologica delle malattie palustri endemiche.*

RIVISTA DI TERAPEUTICA E DI FARMACOLOGIA

del dott. G. B. SORESINA.

(Da pag. 92 a pag. 112).

Pepee — *Sulla cura locale delle caverne polmonali colle injezioni attraverso le pareti toraciche.*
Jaccoud — *Uso del tartaro stibiato nella pleurite acuta con versamento.*
Schultze — *Cura della febbre tifoidea coi bagno freddi; statistica dell'Accademia di Heidelberg.*
Mopler — *Trasfusione arteriosa in seguito di emorragie intestinali sopraggiunte nel corso di una febbre tifoidea.*
Schnitzler — *Della cura pneumatica delle malattie dei polmoni e del cuore.*
Fiechter — *Risultati vantaggiosi dell'amministrazione di clisteri misti di carne e di pancreas.*
De Pietra Santa — *Lozioni pei tisici.*
Corval — *Sull'influenza delle altezze nello sviluppo della tisi.*
Bennet — *Rapporto del Comitato d l Brit. Med. Assoc., sulle ricerche intraprese intorno all'azione dei farmaci.*
Bouchut — *Eserina (alcaloide della fava del Calabar), e sua azione nella corea.*
Suarez y Cruz — *Del modo d'impiego del solfato d'eserina nel tetano.*
Cadet-Gassicourt — *Nota sull'impiego del solfato d'eserina nella corea.*
Binz — *Studio sulla chinina secondo i lavori farmacologici i più recenti.*
Gérard — *La pilocarpina.*
Gubler — *Bromidrato di chinina.*

FRATELLI RECHIEDEI - MILANO

Editori della **Gazzetta Medica — Igea** (Medico di Casa) **— Annali Universali di Medicina — Annali di Chimica applicata alla Medicina — Archivio delle Malattie Nervose — Rivista di Medicina, Chirurgia e Terapeutica — Giornale delle malattie veneree e della pelle**

A seconda del programma già pubblicato nei precedenti fascicoli, viene aperto l' abbonamento pel 1876 *alle condizioni qui sotto esposte.*

1 Gazzetta Medica di Lombardia . . .	L. 20	Abbonamento complessivo ai 2 gior. L. **22 50**	Abbonamento complessivo ai 3 giornali L. **50**	Abbonamento complessivo ai 5 giornali L. **74.**
2 Igea (Medico di Casa)	» 5			
3 Annali Universali di Medicina . . .	» 30			
4 Annali di Chimica applic. alla Medicina	» 14			
5 Archivio delle malattie mentali e nervose	» 12			
6 Rivista di medicina, chirur. e terapeutica	» 15	Abbonamento cumulativo L. **18.**		
7 Giorn. delle malattie veneree e della pelle	» 5			

☞ **N.B.** Gli abbonamenti sono obbligatorii per un anno. Il pagamento può essere fatto in due rate semestrali anticipate.

La riduzione sui prezzi d'abbonamento cumulativo *si accorda solo agli abbonati che pagano* ***anticipatamente*** *tutta l'annata e che si rivolgono direttamente ai* ***Fratelli Rechiedei*** editori, Milano.

Preghiamo vivamente quei signori abbonati che sono tuttora in arretrato di pagamento a voler regolare al più presto la loro partita, corrispondendo così alla nostra puntualità nell'invio, e alle cure continue con cui procuriamo render sempre migliori e più accetti i nostri giornali.

Milano, 31 Gennaio 1876.

Fratelli Rechiedei EDITORI.